老人医療費一部負担金相当額等一部助成申請（請求）書

年　　月　　日

　　　太子町長　様

申請者　住　所　太子町

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

電　話　　　　（　　　　）

受給者との続柄

受給者番号　（　　　　　　　　　　）

　　下記のとおり一部負担金相当額等一部助成又は、一部自己負担額の償還を申請（請求）します。

　　なお、下記の口座振替によつて支払つてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者 | 住所 | 太子町 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 支払つた一部負担額の合計 | 円 | 償還を受ける額 | 円 |
| 請求金額 | 円　　　　　　 |
| 口座振替 | 振込先銀行　　　　本店農協　　　　支店 | 預金種別 | 普通・当座・その他 |
| 口座番号 |  |
| ふりがな |  |
| 口座名義人 |  |
| 一部負担金を支払つた理由 | （支払つた年月日　　　　年　　月　　日）　　　 |
| 医療機関等 | 住所名称 |  |

　（注）一部負担金を支払つた領収書等を添付してください。