

太子町医療費助成一部自己負担額償還申請書

太子町長 様

下記のとおり、 年 月に医療機関に支払った一部自己負担額の償還を申請します。なお、支給の際は、下記口座へ振り込んでください。

申請者	住 所			
	氏 名		電話番号 () —	
受給者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
	受給者番号		医療証区分	
支払った一部自己負担額の合計		円		
償 還 を 受 け る 額		円		
振込先	金融機関名		種別	口座番号
	銀行 農協 信用金庫	本店 支店	普通 当座	フリガナ 口座名義

町処理欄		電算入力		受付	
------	--	------	--	----	--