

## 老人医療費支給申請書

負担者番号	4	1	2	6	0	8	5	2	ふりがな		
									受給者氏名		
受給者番号									生年月日	年 月 日	
住 所	京都府船井郡京丹波町										
医療機関	名称										
療養期間	年 月 日から			年 月 日まで			医療に要 した費用		円		
医療の給付を受けることが出来なかった理由	<input type="checkbox"/> 受給者証を提示できなかった <input type="checkbox"/> 京都府外で診療を受けた <input type="checkbox"/> 医師の指示により、治療用装具を購入した (保険給付分は加入している医療保険に請求してください) <input type="checkbox"/> その他( )										
振込先金融機関名	銀 行 本 店 信用金庫 農 協 支 店										
口座番号	普通 ・ 当座								ふりがな		
									名義人氏名		

※振込先の金融機関にゆうちょ銀行を指定される場合、本支店名欄には振込用店名(漢数字)、口座番号欄には振込用口座番号をご記入ください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

京丹波町長 様

住 所

申請者

氏 名

(電話番号 )