

交付決定額 円

年 月分

本書のとおり審査決定する。

決定区分	区分	一部負担金	備考
	入院		
	外来		
	計		

決定通知 月 日送付[㊤]・支出伝票 月 日課決済[㊤]・交付台帳 月 日記載[㊤]

振込金融機関名	
---------	---

災害遺児医療助成金交付申請書

年 月分下記のとおり申請します。

年 月 日

長沼町長 様

申請額
一金 円

申請者	住所	
	氏名	 [㊤]
受資格給者	氏名	
	続柄	

区分	給付割合	件数	実日数	総点数	結核・精神負担点数	一部負担金
申請	入院	割				円
		7割				円
	入院外	割				円
		7割				円
※決定	入院	割				円
		7割				円
	入院外	割				円
		7割				円

※欄は記入しないでください。
医療取扱機関の受領証を添付してください。