

様式第5号（第10条関係）

老人医療費支給申請書						
						年 月 日
綾部市長			様			
申請者 住所 氏名 (電話)						
申請額		円				
上記のとおり、 年 月分の老人医療費の支給を申請します。						
受給者氏名 生年月日	年 月 日		公費負担医療の 受給者番号			
加入医療保険			記号番号			
医療を受けた 医療機関名						
診療年月			診療内容			
支給決定額は、次の金融機関へ振り込んでください。						
振込 口座	銀行 信用金庫 農協		本店 支店	普通・当座 No.	フリガナ 名義	
	上記の医療費の受領を _____ に委任します。 年 月 日					
申請者氏名						印
※ 決 裁			起 案		支給決定年月日	
			年 月 日			
※ 積 算	総医療費	自己負担金	高額療養費	附加給付額	一部負担金	支給決定額
	(点) 円	① 円	② 円	③ 円	④ 円	① - ② - ③ - ④ 円

※欄は記入しないでください。