

- 重度心身障害児(者) [一般] 重度心身障害者 [後期]
 子ども [未就学児] 子ども [義務教育就学児]
 ひとり親家庭

| | |
|-------------|--|
| 受 付 印 | |
|-------------|--|

入院時食事療養費支給申請書

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|--|--|--|--------------------|------------|--------|--|----------|--|
| 受給者番号 | | | | | | | | 重身手帳情報 | 身(1・2) | 精(1・2) | |
| 療養を受けた方の氏名 | | | | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 加入保険 | 被保険者氏名 | | | | | 療養を受けた方の続柄 | | | | | |
| | 被保険者記号番号 | | | | | 保険者名又は保険者番号 | | | | | |
| 串本町長 あて <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 申請者 住所 氏名 電話番号 </div> | | | | | | | | 年 | 月 | 日 | |
| 次のとおり、療養の給付に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 なお、添付する領収書の保険点数等について医療機関等へ、入院時食事療養費の標準負担額等について保険者へ、串本町長が照会することに同意します。 | | | | | | | | | | | |
| 振 込 先 | <input type="checkbox"/> 以前と同じ口座 <input type="checkbox"/> 名義人 | 銀行・金庫 組合・農協 | | | | 本店・支店 支所 出張所 | | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | | |
| | | フリガナ | | | | | 療養を受けた方の続柄 | 口座番号 | | | |
| | | | | | | | | | | | |

※添付書類：医療機関発行の領収書(氏名・保険点数・診療日数等が記載されたもの)

| 診療月 | ① 食事療養費標準負担額 | | | | ①×1/2 支給決定額 |
|------|-----------------|----|---|---|----------------|
| 年 月分 | 円× | 回= | 円 | 円 | |
| 年 月分 | 円× | 回= | 円 | 円 | |
| 年 月分 | 円× | 回= | 円 | 円 | |
| 年 月分 | 円× | 回= | 円 | 円 | |
| 年 月分 | 円× | 回= | 円 | 円 | |
| 年 月分 | 円× | 回= | 円 | 円 | |
| 年 月分 | 円× | 回= | 円 | 円 | |
| 年 月分 | 円× | 回= | 円 | 円 | |
| 年 月分 | 円× | 回= | 円 | 円 | |
| 年 月分 | 円× | 回= | 円 | 円 | |

計 件 円