様式第1号(第6条)

高齢者医療費助成金支給申請書

対象者住所	檜原村				
対象者氏名		生年月日	年　月　日	性別	1 男 2 女

医療を受けた期間	年　月　日 から　年　月　日 まで（　日間）	
他の助成の有無	他医療費の助成	有 ・ 無
	高額療養費	有 ・ 無
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協　店	
	コード　店番　1 普通　2 当座　3 その他	
	口座番号	(フリガナ) 口座名義

檜原村長 殿　　年　月　日

上記のとおり高齢者医療費助成金を申請します。

申請者　住所

氏名　　㊞

電話番号　（　　）

※ 1 太枠内を記入してください。
2 番号のつけてある欄、有･無のある欄は、該当箇所を〇で囲んでください。

担当者記入欄

本日お預かりした、又はコピーした領収書等	支給対象者要件		支給対象開始年月日
	3年間住所を有している		年　月　日
	75歳以上である		
	後期高齢者医療被保険者である		支給決定額
	檜原村介護保険被保険者である		
枚	保険料を1年以上滞納していない		円
	生活保護を受けていない		

	受付	対象者確認	領収書確認	入力	入力確認	高額確認	支給額確認	通知作成	支給手続
日付 取扱者印	/	/	/	/	/	/	/	/	/