

一部負担金相当額支給申請書

金額 _____ 円

上記の金額の支給を申請します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(原爆)	公費負担番号								
	公費負担医療の 支給者番号								

(老人)	市町村番号								
	受給者番号								

※ 被爆者一般疾病医療機関から医療を受けることができなかった理由

居住地
氏名

印

福井県知事 杉本 達治 殿

領収書

一部負担金		円
外来	円 (_____ 月分)	_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日
入院	円 (_____ 日分)	
入院日		_____ 年 _____ 月 _____ 日
上記の金額を領収しました。		
		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
医療機関の名称		
所在地		
氏名		
印		

備考 ※の欄は、被爆者一般疾病医療機関以外の医療機関で受診した者のみ記入すること。

支払金融機関 _____ 銀行 _____ 支店 口座番号 普・当 _____