駒ヶ根市ほほえみ支援事業医療費助成事業　請求書

年　　月　　日

（提出先）　駒ヶ根市長

（請求者）住　所

氏　名　　印

下記のとおり請求します。

金　　円也

ただし、令和　　年度　駒ヶ根市ほほえみ支援事業医療費助成事業として

<table>
<tr><td rowspan="5">事業の概要又は補助金算出基礎</td><td colspan="2">（自己負担額-国県補助金等）×1/2　ただし、20万円限度</td></tr>
<tr><td>（A）医療費等の本人負担額</td><td>円</td></tr>
<tr><td>（B）国県から助成を受けることができる金額</td><td>円</td></tr>
<tr><td>（C）医療保険等の規定により給付を受けることができる金額</td><td>円</td></tr>
<tr><td>（A-B-C）×1/2＝</td><td>円</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">振込口座</td><td rowspan="2">銀行
信金
農協</td><td rowspan="2">本店
支店
支所</td><td rowspan="2">口座番号
普
当</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ
名義</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">支給される費用の受領について、口座名義人に委任します
氏名　　印</td></tr>
<tr><td>委任欄</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

（委任欄は、請求者以外の口座に振り込む場合に記入してください）