

第1号様式（第5条関係）

医療費助成申請書

患者	ふりがな									
	氏名	姓	名							
	生年月日	年 月 日 生	電話							
	住所	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					—			
			—							
保険証	種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保（退職被保険者）		本人・家族						
	記号	番号	保険者番号							
病名		1	2	3						
医療機関	名称									
	所在地									
申請者	ふりがな									
	氏名	姓	名							
	生年月日	年 月 日 生	電話							
	住所	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					—			
			—							

- 1 この助成に必要な公簿（住民基本台帳等）の閲覧に同意します。
- 2 私は、上記疾病の医療費助成を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。

_____年 _____月 _____日 _____申請者氏名_____

港区長殿

【区処理欄】

総合支所受付印	保健所受付印