

様式第 1 号（第 6 条関係）

ウイルス性肝疾患医療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

益田市長 様

申請者	交付対象となる 方との続柄
住 所	
フリガナ	
氏 名	
電話番号	☐ 本人
	☐ 代理人 (裏面の代理人選 任届が必要です)

交付対象者について、益田市ウイルス性肝疾患医療費助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき、ウイルス性肝疾患医療費助成金の交付を受けたく下記のとおり申請（請求）します。なお、交付要件確認のため、市が世帯の構成員及び課税の状況並びに医療費助成制度の適用の状況について調査することに同意します。

記

交 付 対象者	(※) 住所	益田市	(※)	フリガナ
			氏名	
			生年 月日	年 月 日生
			島根県「肝炎治療受給者証」受給者番号	
交付申請額 (請求額)		円 (裏面の内訳のとおり)		

交付が決定した場合は、次の口座に振り込んでください。

振 込 先	金 融 機 関	金融機関名								店舗名							
		銀行・信用組合 農 協・信 金 労 金・漁 協								本店・支店 本所・支所							
	預 金 種 別	1 普通	2 当座	口座番号													
	口 座 名 義	(カタカナで記入してください)															

※振込先は申請者本人名義の口座に限る。

【市記入欄】

決定内容	決定 ・ 却下		左記のとおり（決定・却下）してよろしいか 伺います。 起案年月日： 年 月 日 決定年月日： 年 月 日				
審査事項	確認						
1. 交付要綱第 2 条に規定する交付 対象者							
2. 添付資料と申請額							
			課 長	課長補佐	係 長	係	

様式第 1 号裏面

申請額の内訳は、次のとおりです。

診療月	医療機関等で支払った額 (A)	県要綱に基づく自己負担限度額 (B)	(A) (B) いずれか少ない額 (C)	他の制度等により給付される額 (D)	市の定める自己負担額 (E)	申請額 (C)-(D)-(E)
年 月	円	円	円	円	円	円
		10,000			7,000	
		10,000			7,000	
		10,000			7,000	
		10,000			7,000	
		10,000			7,000	
		10,000			7,000	
		10,000			7,000	
		10,000			7,000	
		10,000			7,000	
		10,000			7,000	
		10,000			7,000	
		10,000			7,000	
		10,000			7,000	
		10,000			7,000	
申請額合計						円

(※) 申請者が代理人の場合に、必ず依頼人が自署してください。

代理人選任届

年 月 日

益田市長 様
(代理人)
住 所.....

氏 名.....

電話番号.....

私は、上記の者を代理人に選任し、益田市ウイルス性肝疾患医療費助成金交付申請に関する一切の権限を委任します。
なお、交付要件確認のため、市が、私が属する世帯の構成員及び課税の状況並びに医療費助成制度の適用の状況について調査することに同意します。

(依頼人)
住 所 益田市.....

氏 名.....

電話番号.....