

# 心身障害老人等医療費請求書

平成 年 月 日

村長 殿

住所 明日香村大字

申請者

氏名

(印)

金  円

ただし、 年 月分老人医療一部負担金を上記のとおり  
交付されるよう請求します。

老人医療費の 負担者番号	2 7 2 9 0 6 8 3	受給者 氏 名	男 女
老人医療受給者 証の受給者番号		生 年 月 日	年 月 日

なお、上記金額を次の金融機関に振込んでください。

振込 口座	銀行	本店 支店	号	普通 当座	名義 (フリガナ)
----------	----	----------	---	----------	-----------