

(成ぜ) 成人ぜん息患者医療費助成申請書

(あて先) 川崎市長

年 月 日

住所 川崎市 区

氏名

次のとおり、成人ぜん息患者医療費助成に係る医療費の助成を申請します。

受給者氏名		受給者番号	
住 所			
振込先金融機関	銀 行 信用金庫 組 合		本店 支店
口 座 番 号	普通	フリガナ	
	当座	口座名義人	

※受給資格者本人名義の口座をお書きください。

診 療 年 月	診 療 を 受 け た 病 院 等 の 名 称	区 分	対 象 医 療 の 総 医 療 費 患 者 一 部 負 担 金 額
年 月		1 2 3	円 円
年 月		1 2 3	円 円
年 月		1 2 3	円 円
年 月		1 2 3	円 円
年 月		1 2 3	円 円
年 月		1 2 3	円 円
年 月		1 2 3	円 円
年 月		1 2 3	円 円
年 月		1 2 3	円 円
年 月		1 2 3	円 円

区分 1 : 医科入院外 2 : 医科入院 3 : 調剤