様式第1号（第6条関係）

年　　　月　　　日

有田町長　　　様

申請者　　氏　　名　　　　　　　　　　㊞

（児童との続柄　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

有田町伊万里有田共立病院選定療養費助成金交付申請兼請求書

　有田町伊万里有田共立病院選定療養費助成事業実施要綱第6条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。また、交付決定があった後は、交付決定された助成金を下記の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | | | | |
| 療養を受けた児童 | 氏名 | |  | |
| 生年月日 | | 年　　　 　月　　　　　日 | |
| 受診時住所 | | 有田町 | |
| 町内での居住の有無 | | 有　　　　・　　　　無 | |
| 伊万里有田共立病院選定療養費金額  （請求額） | | | ▢初診時選定療養費 　　　円  ▢再診時選定療養費 　 円 | |
| 合計額　　　　　　　　　　　　 　円 | |
| 振　込　先 | 金融機関名 | | 銀行　　　　　　　支店 | |
| 預金種別 | | 普通（総合）　・　　当座 | |
| 口座番号 | |  | |
| フリガナ  口座名義 | |  | |
| ※町記入欄 | | | | | | |
| 助成金に要する金額 | | | 給付決定金額 | | 受診日 | |
| 円 | | | 円 | | 年　　　月　　　日 | |

（注）１　申請の際には必ず伊万里有田共立病院選定療養費領収書と申請者名義の通帳の写しを添付してください。

２　申請者は、太枠内を記入してください。

３　※印の欄は、記入しないでください。

様式第２号（第７条関係）

第　　　　　　　号

年　　　月　　　日

有田町長　　　　　　　　　　印

有田町伊万里有田共立病院選定療養費助成金交付決定通知書

　　年　　月　　日付けで申請された有田町伊万里有田共立病院選定療養費助成金の交付については、次のとおり決定いたしましたので、有田町伊万里有田共立病院選定療養費助成事業実施要綱第７条の規定により通知いたします。

　有田町伊万里有田共立病院選定療養費助成金交付決定額　　　金　　　　　　　　円

※　振込予定日　　　年　　　月　　　日

様式第３号（第７条関係）

第　　　　　　　号

年　　　月　　　日

有田町長　　　　　　　　　　印

有田町伊万里有田共立病院選定療養費助成金不交付決定通知書

　　年　　月　　日付けで申請された有田町伊万里有田共立病院選定療養費助成金の交付については、次の理由により交付できませんので、有田町伊万里有田共立病院選定療養費助成事業実施要綱第７条の規定により通知いたします。

（理由）

　□　受診時における児童の住所が有田町内にないため。

　□　受診時における児童が有田町内に居住していないため。

　□　申請者が児童の保護者（養育者）でないため。

　□　その他