様式５号(第７条関係)

北杜市肝炎患者治療特別支援事業助成金申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【 **年　　月分**】  　　北杜市長　　様  　下記のとおり、関係書類を添えて北杜市肝炎患者治療特別支援事業助成金の支給を申請します。  **令和　　　年　　　月　　　日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ | | | |  | | | | | | | | 資格登録番号 | | | | | | | | | | | |  |
| 資格登録者 | | | |  | | | | | | | | ０ | | | |  | |  | |  | |  | |
| 生年月日 | | | | 年　 　月 　　日 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 北杜市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月額自己負担限度額 | | | | * １０，０００円 * ２０，０００円 | | | | | 助成期間 | | | | | 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | |
| 月額自己負担限度額による**自己負担額** | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 助成金申請額 | | | | | | | | | 円  **（自己負担額の１／２　1,000円未満切捨て）** | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 振込金融機関 | 銀行  　信用金庫  信用組合  農協 | | | | | 本店  　　支店  支所  出張所 | | | | | 種別 | | 1　普通　　２　当座 | | | | | | | | | | |  |
| 口座番号 | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  | |  |
| フ リ ガ ナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 領収書確認欄 | | | 県上限額管理票確認欄 | | | | 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※県上限額管理票、領収書等の写しを添付してください。