

医療機関受診の申告書

新潟県社会福祉協議会 会長 様

私が申込みをしました「児童養護施設退所者等に対する自立支援資金貸付事業」の医療費貸付金について、貸付の要件である定期的医療費などの実費相当額を、以下のとおりであることを申告いたします。

定期的に医療機関を受診する病名			
医療機関の名称			
医療機関の所在地	〒      ー		
	TEL      (      )		
通院の状況 ※直近3ヶ月を目安	通院期間	年 月～	年 月まで
	通院回数		回
	医療費の額	上記通院期間	計      円
添付する書類 (上記通院期間分)	※あなたが添付する書類に☑をつけてください <input type="checkbox"/> 受診医療機関の診療報酬点数表 <input type="checkbox"/> 薬局の調剤報酬点数表 <input type="checkbox"/> その他 (      )		

※1 上記通院期間の点数表は各医療機関から発行してもらうこと

※2 「医療機関受診の申告書」は医療機関ごとに提出すること

年 月 日

(借入申込者) 住所

氏名

(印)

