

別記様式（第3条関係）

入院時食事療養費標準負担額支給申請書

受給者番号		種別	(重身・子ども・ひとり親)		
受給者	住所	和歌山県西牟婁郡白浜町			
	氏名		個人番号		男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日			
食事療養を受けた保険医療機関等	名称				
	所在地				
入院期間（食事回数）	年 月 日から 年 月 日まで 食分				
保険者に対する差額支給申請	非課税世帯の方のみ		有・無		
支給額等	食事負担額	附加給付額等	支給申請額		
	円	円	円		
振込指定金融機関	口座番号	口座名義人			
(銀行・農協・信金)		カナ			
(支店・支所)	(普通・当座・その他)	漢字			

上記のとおり関係書類を添えて食事療養標準負担額の支給を申請します。

年 月 日

住所 白浜町

氏名

印

電話

()

白浜町長様

決定	一食当たりの認定標準負担額	食事回数	標準負担額支給認定額
	円	食	円