

- ・ 証明書代 1000円(1枚につき)
- ・ 助成内容や提出期限は自治体により様々ですので、ご自身で自治体に確認いただくようお願いいたします
- ・ 申込日までの診療について記入させていただきます
- ・ 申込日以降の記入が必要になった場合は、お手数ですが再度依頼書をご提出ください（証明書代が再度必要です）
- ・ 書類作成には10日間ほどお時間をいただいております
- ・ 年度末は作成にお時間がかかりますので、助成される金額の上限に達した時点でお持ちいただくようご協力をお願いします

● 申込日 令和 年 月 日

● 提出先 市・町・村

妻	ふりがな		診察券ID	
	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日（ 才）
夫	ふりがな		診察券ID	
	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日（ 才）

- （ ） 令和4年度（令和4年4月1日～令和5年3月31日）
- （ ） 令和5年度（令和5年4月1日～令和6年3月31日）

● 提出先の市町村の助成金上限金額を超えているかの確認はご自身でお願いいたします。

記入後、上限金額を超えていなくても追記はしていません。

追加が必要な場合は、再度この用紙・新しい市町村の用紙をお持ちください。（証明書代が再度必要です）



了承しました（ ）

サイン

※領収書の金額についてご不明な点がございましたら、
受付にお問合せください。

診療中のお問合せはお待ちせしてしまうことがござい
ます。13-15時にお電話でもお問合せいただけます。

● 返却について （ ） 記入できしだい診察日に返却

※市町村への提出期限まで日にちがあり、今後も継続して通院予定の方は
次回診察日での返却にご協力お願いいたします

（ ） 記入後、電話連絡が必要→ 連絡先（ — — ）

当院記入欄

- （ ） 記入済み 1回目（ ）2回目（ ）
- （ ） スキャン済
- （ ） 電話連絡済（ / ）

預り日（ / ）

担当