

定期的に医療機関を受診する場合の医療費等の申告書

医療費等の申告書

社会福祉法人島根県社会福祉協議会 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」の貸付金について、貸付の要件である定期的な医療機関を受診するために必要な医療費等の実費相当額は、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	〒  TEL	
医療費等の実費相当額	円	
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
	支払った医療費の額	円
添付する書類 (上記通院期間の領収証)	※あなたが添付する書類に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください <input type="checkbox"/> 受診医療機関の領収証 <input type="checkbox"/> 薬局の領収証 <input type="checkbox"/> その他( )	

年 月 日

(借入申込者) 住所 〒

氏名