

年 月 日

治療費支給申請書

栗国村長 様

住 所
申請者 氏 名
電 話

次のとおりハブ咬症による治療費の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。

ハブ咬症を受けた者	住 所	
	氏 名	年 月 日生
ハブ咬症年月日	年 月 日	
治 療 期 間	年 月 日から 年 月 日まで(日間)	
治 療 費 総 額	円	
公 費 負 担 額	円	
本 人 負 担 額	円	

上記の者は、ハブ咬症により治療を受け、その治療費の内容は、上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

療養取扱機関名



注意 療養取扱機関からの領収書を添付すること。