

第4号様式

年 月 日	
治 療 費 支 給 申 請 書	
石垣市長 殿	
住 所	
申請者 氏 名 印	
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 印	

年 月 日

治療費支給申請書

石垣市長 殿

本人が記載

住 所 石垣市美崎町14
申請者 氏 名 石垣 太郎 印
電 話 0980-82-1285

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。

本人が医療機関にて記載

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

印

医療機関にて記載