

医療機関受診申告書

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長様

奈良県児童養護施設退所者等に対する自立支援資金生活支援費医療費加算に係る自己負担額を下記のとおり申告します。

病院等	名 称		
	所 在 地		
	通院の状況	治 療 を 始 め た 月	年 月
		直近3ヵ月の自己負担額	① 円
薬 局			② 円
合 計 額			①+② 円

※病院等及び薬局の領収書を添付してください。

年 月 日

申請者（自署） _____