

医療機関コード										
県番号		区分	地区コード		連番				CD	

# 領 収 証 明 書 送 付 書

平成 年 月 日

市(町)長 様

所 在 地 〒 ー

医療機関等 名 称

開設者氏名

電 話 ー ー

福祉医療費助成制度の対象となる者の領収証明書を下記のとおり送付いたします。

市 町 コ ー ド			
送 付 月		平成 年	月
証 明 件 数			件
内	障 が い 者		件
	一 人 親 家 庭 等		件
	子 ど も		件
訳	その他 1 (※ 1)		件
	その他 2 (※ 2)		件
郵 送 料			円

※ 1 その他 1 (伊勢市-寡婦、紀宝町-老人)

※ 2 その他 2 (津市-妊産婦・精神障害者、御浜町-寡婦、紀宝町-寡婦)

※証明書料件数欄	
	件