

保険年金課 医療給付担当

令和 年 月 日

請 求 書

(宛先) 今治市長

住 所

氏 名

電 話 () -

金 _____ 円 也

ただし 重度心身障害者医療費助成金 (後期用)

として上記金額を請求します。