

支給決定伺	支給決定金額	事務局長	課長	主幹・係長	課員	係
	¥	円				
	自	年	月	日		
	至	年	月	日		
	食事回数	回				

## 入院時食事療養費差額請求書

組合員等記号番号	—	所属所名 及び所在地	
組合員	氏名		
食事療養 を受けた者	氏名		
	生年月日	年 月 日	組合員との続柄
食事療養を受けた 医療機関	(名称) (所在地)		
傷病名			
傷病の原因			
入院期間	年 月 日 ~	年 月 日	日間
支払った食事療養 標準負担額	円	請求金額	円
限度額適用・標準負担額減額認定証を提示できなかった理由			
<p>上記のとおり、請求します。</p> <p>また、佐賀県市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第19条第8号に基づく利用特定個人情報の提供に関する命令第85条に規定する食事療養標準負担額の減額に関する特例の請求に係る事実についての審査に関する事務（第19号）を処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">佐賀県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要です。)</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職名</p> <p style="text-align: center;">所属所長 氏名</p>			

- 1 傷病の原因及び限度額適用・標準負担額減額認定証を提示できなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。
- 2 医療機関等が発行した食事療養標準負担額の領収書（原本）を添付してください。