

乳幼児、児童及び生徒等医療費助成申請書

平成 年 月 日

浦臼町長 様

保護者 住 所 浦臼町

氏 名 印

対象者との続柄

乳幼児、児童及び生徒等医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

記

受給対象者	受給者証番号	第 号	保険種別	協・組・日・船・共・国
			記号番号	
対象者	住 所	浦臼町		
	氏 名		生年月日	平成 年 月 日生 ( 歳) 小学生・中学生・高校生等
医た療病を院受等け	名 称			
	住 所			

口座振込指定	銀 行	支店	口座番号	普 総					
金融機関名	信用金庫	支所	名 義 人						
上記口座に振り込みされますよう、申出します。									
氏 名 印									

※ 添付書類 ～ 医療機関の発行した領収書

					町助成分計
					道補助対象分計
					計
				件 / 枚	一部負担金 (道分のみ)