

子ども医療費助成申請書

年 月 日

幌延町長様

住所 天塩郡幌延町

申請者

氏名

印

子ども医療費の助成を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

申請金額 金 円							
受給資格者	氏名	年 月 日生					
	個人番号						
	健康保険の種類 記号・番号						
	受給資格者の 記号・番号	北-146					
支払口座情報	新規・変更 変更なし	※新規・変更の場合 金融機関名 口座番号 口座名義人					
内訳	区分	医療機関	件数	金額			
	通院						
	入院						
	歯科						
	調剤						
	計						