

書 き 方

○で囲まれている部分を記載してください。

課・非

乳幼児及び児童医療費助成金交付申請書

平成 年 月 日

足 寄 町 長 様

保 護 者 住 所 足 寄 町 北1条4丁目48番地1

①保護者の方の住所・氏名・
対象者との続柄・電話番号を記入。
押印を忘れずをお願いします。

氏 名 足 寄 太 朗 印
対象者との続柄 (父)
電 話 (〇〇 - ××××)

乳幼児及び児童医療費助成金の交付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

②医療機関等を受診し、助成金の申請をする
お子さんの住所・氏名・生年月日・年齢を記入。

	受給者氏名	足寄町北1条4丁目48番地1	記号番号	
受 給 者	住 所	足寄町北1条4丁目48番地1		
	氏 名	足 寄 花 子		
	生 年 月 日	H××.××.××	年 齢	△ 歳
	助 成 区 分	全額助成 一部助成		
医療を受けた病院等の名称、住所				
診 療 月	月分	診療の内容		

③保護者の方の口座情報を記入。
※口座名義人はカタカナで記入してください。

北海道	銀行	足寄	支店	種別	口座名義人
	信金			(普通)	アシヨロ タロウ
	協同組合	本所		(その他)	

※ 支 給 内 訳 (この表には記入しないで下さい。)

交付決定額							円	
内 訳	入院・入院外の別	件数	医療費(支払額) ①	自己負担額 ②	付加給付等 ③	差引交付額 ①-②-③	一部負担金 (単独助成分)	道費対象額
	入 院	件	円	円	円	円	円	円
	入 院 外	件	円	円	円	円	円	円
	歯 科	件	円	円	円	円	円	円
	調 剤	件	円	円	円	円	円	円
	計	件	円	円	円	円	円	円
摘 要								