

㊦ 乳幼児等医療費助成申請書

受給資格者	資格証 記号・番号		加入 保 険	被保険者 氏名	
	氏名			保険証 記号番号	
乳幼児等	氏名			保険者名	
	生年月日	平成 年 月 日			
医療 機関名	名称				
	所在地				
医療内容	入院・入院外の別	入院	・	入院外	
	期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで		
申請額 金 _____ 円 内訳 本人支払額 _____ 円 (別紙領収書のとおり) 控除額 _____ 円 差引 _____ 円 (助成対象額) 上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 申請者 (住所) 邑南町 氏名) _____ 印 電話) - - 邑南町長 石橋良治様					
【振込先口座】					
金融機関名	() 支店・支所・出張所・代理店			口座番号	_____
預金種別	①普通預金	②当座預金		口座名義	_____