

㊦ 乳 幼 児 等 医 療 費 助 成 申 請 書

受 給 者 資 格	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	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	年 月 日 から 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。 年 月 日 申請者 住所) 邑南町 氏名) _____ ㊦ 電話) - - 邑南町長 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	