

子ども医療費助成金交付請求書

平成 年 月 日

当麻町長 宛

住 所

氏 名 ㊟

子ども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請求します。

記

受給者	受給者証 記号番号		医療保険 記号番号		附加給付 の有無	有・無
	氏 名		生年月日	平成 年 月 日		
医療を受けた病院等の名称		診 療 年 月	入院・入院外の別	交 付 決 定 額 (記入不要です)		
		年 月診療分	入 院・入院外	円		
		年 月診療分	入 院・入院外	円		
		年 月診療分	入 院・入院外	円		
		年 月診療分	入 院・入院外	円		
		年 月診療分	入 院・入院外	円		
		年 月診療分	入 院・入院外	円		
		年 月診療分	入 院・入院外	円		
		年 月診療分	入 院・入院外	円		
		年 月診療分	入 院・入院外	円		
助成金の 払 込 先	金 融 機 関 名		口 座 番 号	口 座 名 義		
	銀 行 信用金庫 農 協		本店 支店 普通 当座			

交付決定額 金 円 (記入不要です)	
摘 要	