

子ども医療費助成金交付請求書

令和 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	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		
			年 月診療分	入院・入院外		
			年 月診療分	入院・入院外		
			年 月診療分	入院・入院外		
			年 月診療分	入院・入院外		
			年 月診療分	入院・入院外		
			年 月診療分	入院・入院外		
			年 月診療分	入院・入院外		
			年 月診療分	入院・入院外		
			年 月診療分	入院・入院外		
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		

