

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

喜茂別町長 様

保護者 住 所 喜茂別町字
氏 名
電話番号



子ども医療費の助成を受けたいので証拠書類を添えて申請します。

受給資格者	受給者証記号番号	北—90 第 号	医療保険号記号番号	
	住 所			
	氏 名		生 年 月 日	平成 年 月 日
受診医療機関	医療機関名	医療機関住所		
添付書類	医療機関の発行した領収書を次の項に添付してください。			
助成費受領方法	1 喜茂別町役場会計窓口にて現金受領			
	2 口座振込			
	金融機関名 支 店 名	預 金 種 目	口 座 番 号	フリガナ 口 座 名 義
	普 ・ 当			
【申請人と口座名義が一致しない場合】				
この申請による助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。				
年 月 日				
委任者氏名				