

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  | | | | |