

別記様式第1号(第5条関係)

聖籠町子どもの医療費一部負担金助成申請書

年 月 日

聖籠町長 様

住所
申請者 氏名 印
電話番号

下記のとおり金 円の一部負担金の助成を申請します。

該当県単医療制度	県子 ・ 県障 ・ 県親	保 険 者 名	
受 給 者 氏 名		記 号 ・ 番 号	
受 療 者 氏 名		被 保 険 者 氏 名	
振 込 指 定 機 関		口 座 番 号	口 座 名 義
他 法 負 担 金		一 部 負 担 額	決 定 額

- (注) 1 印は記入しないこと。
 2 助成申請の際には県単独医療費助成制度の受給者証、医療機関から発行された領収書、加入している保険証者を提示すること。
 3 助成金の振込は、申請があった日の翌月末とする。