

子ども等医療費助成申請書

保護者	フリガナ		資格証の 記号番号		
	氏名				
助成対象者 (子)	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	H・R	年 月 日
	住所	飯南町			
	加入保険		記号 番号		
医療機関情報	名称		電話	- -	
	所在地		種別	入院 ・ 通院 ・ 薬局	
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
申請額		控除額（保険対象外等）	助成決定額		
円		円	円		
<p>上記の通り申請します。</p> <p>飯南町長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話番号 _____</p>					
金融機関		支店			
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号			
フリガナ					
口座名義					