

- 重度心身障害者
- ひとり親家庭等
- 子どもの

医療費助成金交付申請書

年 月 日

岩見沢市長 様

申請者 住所

氏名

(電話)

岩見沢市福祉医療費の助成を受けたく、証拠書類を添えて申請します。

受給者	受給者番号		医療保険	後期・国保・協会・組合・共済
	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		記号番号	
	フリガナ			
	氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日
振込先	銀行名	銀行・金庫・農協 信組・()	本・支店名	本店 支店
	口座番号	普通・当座・貯蓄・()	名義人 (カカで)	

※市記入欄

病院等	別紙領収書のとおり			
課税区分	重度	障初・障課・老初・老課1割・老課2割・老課3割	ひとり親	親初・親課
	子ども	3歳未満・3歳以上子初・3歳以上子課・小学子初・小学子課・中高生		
診療内容	診療区分	入院・外来・歯科・調剤・整骨・補装具・その他()		
	支払金額	円		
助成額	円			
内訳				受 付
備考				