

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 ・ 社 保
	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 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 (カかけで)	

※市記入欄

病院等	別紙領収書のとおり			
課 税 区 分	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 ・ 柔整 ・ 補装具 ・ その他 ()		
	支払金額	円		
助 成 額	円			
内 訳				受 付
備考				