

様式第5号(第6条関係)

令和 年 月 日

奥出雲町長 様

申請者 住 所 奥出雲町

氏 名

電話番号() ー

児童生徒等医療費助成申請書

奥出雲町児童生徒等医療費助成条例施行規則第6条の規定により次のとおり医療費の助成を申請します。

対象児氏名	住 所	奥出雲町	
	氏 名		
	生 年 月 日	年	月 日生
医 療 機 関	医療機関名：		
	住 所：		
医 療 内 容	入院・入院外の別	入院 ・ 入院外	
	期 間	年 月 日から	年 月 日
申 請 金 額	円 (別紙領収書のとおり)		