

令和 年 月 日

奥出雲町長 様

申請者 住 所 奥出雲町

(受給者) 氏 名

電話番号 (父・母)

子ども等医療費助成申請書

奥出雲町子ども等医療費助成条例第6条の規定により次のとおり医療費を申請します。

受 診 者	受給者番号				
	氏 名				
	生年月日				
医療機関等		医療機関等名： 住所：			
医 療 内 容		通 院 ・ 入 院 ・ 薬 局			
		診 療 月	年	月	年
申 請 金 額		円 (別紙領収書のとおり)			

- 注) ・保険診療による自己負担以外は対象外。
 ・交通事故等第三者の行為による場合は対象外。
 ・学校管理下の怪我の場合は先に学校へ相談。

※職員記入欄 振込口座確認

振 込 先		銀行・農協 信用金庫 信用組合		支 店 支 所 出張所	口座番号	
					口座名義	