

小児医療費助成申請書

領収証原本を添付

令和 6年 4月 1日

(宛先) 座間市長

申請者 住 所 座間市緑ヶ丘一丁目1番1号
氏 名 座間 太郎
電 話 046 (255) 1111

次のとおり申請します。

受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
フリガナ 小児の氏名	ザマ イチロウ				生年月日	平成 令和	元年 5月 1日	
申請の種類	① 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 移送 6 補装具 7 その他							
入院又は入院外の別	1 入院			② 入院外				
申請の理由	① 県外受診 2 医療証交付前の受診 3 償還払いの対象 4 医療証を忘れた 5 その他 ()							
振込先	金融機関名	座間		銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	座間 支店出張所		
	金融機関コード	1	1	1	1	支店番号	1 1 1	
	フリガナ 口座名義人	ザマ タロウ				① 普通預金 2 当座預金		
	口座番号	1	1	1	1	1	1 1 1	

事務処理欄	
助成決定額	※ここには何も記入しないでください 円