

様式第4号（第7条関係）

乳幼児医療費助成金交付申請書

年 月 日

斜里町長 様

住 所 斜里町本町12番地
氏 名 斜里 太郎 印
(電話番号 23- 3131)

乳幼児医療費助成金の交付を受けたいので申請します。

申 請 額		金		円	
乳 幼 児	氏 名	斜里 太郎 (平成〇〇年××月△△日生)			
	個 人 番 号	000000000000			
	乳幼児医療費受給資格者証の記号番号	000000			
	保険の名称・記号・番号 所在地	名 称 記号番号 所在地			

(この表には記入しないで下さい)

交 付 決 定 額							金		円	
内 訳	外来 入院	の別	保 険 診 療 総 点 数	町 負 担 額 点 数	保 險 負 担 額 点 数	付 加 給 付 見 込 額	差 引 交 付 額			
	外 来		点	点	点		円			
	入 院		点	点	点		円			
	計		点	点	点		円			
摘 要	(計算の基礎)									

金融機関名		北洋・道銀・信金・農協・信組・ゆうちょ・その他 ()								
支 店 名		斜里 本所・その他 ()				ふりがな	しゃり たろう			
預 金 種 類		普・貯・当		口座番号	1234567		名 義	斜里 太郎		