

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
氏 名 印
(電話番号 -)

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	(年 月 日生)				
	個 人 番 号					
	乳幼児医療費受給資格者証の記号番号					
	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 険 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			
預 金 種 類	普・貯・当	口座番号				名 義				