|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給決定決議書 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 支給額 | 課　長 | リーダー | 担　　当 | |
| ￥ |  |  |  |  |

**様式第５号（第５条関係（乳幼児等）、第６条関係（児童生徒等））**

**乳幼児等・児童生徒等　医療費助成申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日  南 幌 町 長　　様  住　　　　　所　南幌町  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支払を希望する金融機関  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　空知信金南幌支店・南幌町農協  その他の金融機関  口　座　名　義  口　座　番　号  電　話　番　号    乳幼児等・児童生徒等　医療費助成金の交付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて  申請します。 | | | | | | | | |
|  | 交付申請額　　　　　　　　　円 | | | | | | |  |
| 対 象 児 | 氏　　　名 | | |  | 生年月日 | 年 　月　 日 |
| 登録番号 | | |  | 加入保険 |  |
| 個人番号 | | |  | | |
| 入院・外来・調剤の別 | | | | 入院・外来・調剤 | 添付領収書枚数　　　　　　　枚 | |
|  | | | | | | |
|  | ※この票は記入しないで下さい。 | | | | | | |  |
| 交 付 算 定 額　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | |
| 付加給付見込  額の算出基礎 | |  | | | | |
| 道費  　補助金内訳  町費 | | | 道費補助金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | |
| 町費補助金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | |
|  | | | | | | |