|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
|  |