

支給決定決議書	年 月 日			
支給額	課長			
¥				

児童生徒等医療費助成申請書

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.....

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		

児童生徒等医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

南幌町長 様

申請者 住 所 南幌町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

下記の理由により児童生徒等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受 給 者	住 所			
	氏 名		受給者番号	
	個人番号			
理 由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4			