

支給決定決議書	年 月 日			
支給額	課長			
¥				

乳 幼 児 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		
乳幼児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
	個 人 番 号			
	登 録 番 号		加 入 保 険	
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	道費補助金	円
補助金内訳 町費	町費補助金	円