

母子家庭等医療費助成金交付申請書

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(受給者)住所.....

氏名.....印

(電話 局 番)

次のとおりですので、母子家庭等医療費助成金を交付してください。

受給者証の番号		助成対象者の 氏 名	
申 請 区 分	医科(入・外)・歯科・調剤・柔整・鍼灸・看護料・治療用装具・その他()		
診療を受け始めた 年 月 日	平成 年 月 日		
保 険 給 付 区 分	[国保(退職) 世帯主・世帯員] [社保等 被保険者・家族]		
母子家庭等医療費 助 成 金 振 込 口 座	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合 店		
金融機関コード		口 座 種 別	1 普通 ・ 2 当座
口座名義(カナ)		口 座 番 号	

注 この申請書には、「領収書」を添付してください。

保 険 者 番 号										
記 号 番 号										
個 人 コ ー ド										
取 得 日	年 月 日									
変 更 月	年 月									受 付
喪 失 日	年 月 日									
区 分	県費				市費					