

様式第5号（第10条関係）

太子町ひとり親家庭医療費助成申請書

年 月 日

太子町長 様

下記のとおり医療費の助成を申請いたします。
 なお、下記のとおり口座振替によって支払ってください。

申請者	住 所			
	氏 名			
	続 柄		電 話 番 号	
受給者	住 所			受給者番号
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
加入医療保険	被保険者等名氏			自己負担割合
	記 号 番 号		保 険 種 別	割
	保 険 者 名			
振込先	金 融 機 関 名		預 金 種 目	普通 ・ 当座
	銀 行	支店	口 座 番 号	
	農 協 信用金庫		口 座 名 義 人 (カナ)	
医療機関の窓口で医療費を支払った理由	1 大阪府外での受診 2 医療証未交付中の受診 3 その他 ()			
領収書	別添のとおり (領収書件数 : 件)			

町 処 理 欄	備 考	電 算 入 力	助 成 決 定 額	受 付
				円