

受付番号

保護者様
(口座名義人と同一名)

申請者 住所 羽曳野市誉田4-1-1

受給者との続柄 (父)

下記のとおり、医療費の助成を申請します。
 なお、支給決定金額を下記口座に振り込んでください。

日中つながる番号を
ご記入下さい(携帯可)

加入の健康保険情報をご確認下さい。
異なっている場合は場合は修正してください。

保護者様の口座
(ゆうちょ銀行可)

振込先

※同月、同一医療機関の申請は必ずまとめて行ってください。別に申請されますと助成金額の返金を請求する場合があります。

[illegible]