

乳幼児医療費助成申請書

令和 年 月 日

音威子府村長 様

住 所 音威子府村字

保護者

氏 名

印

乳幼児医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

記

受給対象者	受給者証 記号・番号		医療保険	
			記号・番号	
	住所	中川郡音威子府村字音威子府		
	氏名		生年月日	年 月 日
医療機関を受けた等	名称			
	住所			
添付書類	医療機関の発行した領収書			