

加古川市自立支援医療費（育成医療）自己負担額助成金請求書

年 月 日

加古川市長 様

請求者（受給者）	住 所	
	電話番号	() —
	氏 名	

下記のとおり、自立支援医療費（育成医療）自己負担額助成金を請求します。

記

請求金額 円

受給者氏名		受給者番号							
診療年月	年 月 ～ 年 月								
振込先 金融機関	銀行・信用金庫 支所・支店 農協・信用組合 ・出張所								
預金種目	1. 普通	2. 当座	3. 貯蓄	口座番号					
フリガナ									
口座名義人									

検印