

様式第4号(第7条関係)

京丹波町すこやか子育て医療費支給申請書

負担者番号	4	5	2	6	1	8	5	6	ふりがな	
									受給者氏名	
受給者番号									生年月日	年 月 日
住所	京都府船井郡京丹波町									
医療機関	名称									
療養期間	年 月 日から			年 月 日から			医療に要した費用	円		
医療の給付を受けることが出来なかった理由	<input type="checkbox"/> 受給者証を提示できなかった <input type="checkbox"/> 京都府外で診療を受けた <input type="checkbox"/> 医師の指示により、治療用装具を購入した (保険給付分は加入している医療保険に請求してください) <input type="checkbox"/> その他()									
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協						本店 ・ 支店	預金種別	普通 ・ 当座	
口座番号							ふりがな			
							名義人氏名			

※振込先の金融機関にゆうちょ銀行を指定される場合、本支店名欄には振込用店名(漢数字)、口座番号欄には振込用口座番号をご記入ください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

京丹波町長 様

申請者住所

申請者氏名

電話番号