

第8号様式(第15条)

ひとり親家庭等医療費助成申請書

年 月 日									
(宛先)鎌倉市長									
住所 鎌倉市									
申請者 氏名									
電話 ()									
次のとおり医療費の助成を申請します。									
受給者番号							資格者氏名		
診療を受けた期間	領収書記載のとおり								
医療機関等の名称及び 所在地	領収書記載のとおり								
助成申請額	円								
振込先	(金融機関)		(支店名)		口座種別	☐ 普通 ☐ 当座			
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 営業部 出張所 店舗コード ()		口座番号				
	口座名義 (カタカナで記入)								

市 処 理 欄	助成決定金額： 円
---------	-----------