

小 児 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 (小児の養育者)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							小 児 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
---------	-----------