

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						
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 診 証 番 号						資格者氏名
診療を受けた期間	領収書記載のとおりに					
医療機関等の名称及び所在地	領収書記載のとおりに					
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	支店 本店 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
---------	----------