

小児医療費助成申請書

年 月 日									
(宛先)鎌倉市長									
住所									
申請者氏名 (小児の養育者) _____									
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)	支店 本店 営業部 出張所	口座種別	☐ 普通 ☐ 当座				
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	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
---------	-----------