

第5号様式(第14条関係)

母子及び父子家庭等医療費助成金支給申請書 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>										
北谷町長 様 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 申請者 (保護者) </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 住所 _____ 氏名 _____ 印 </div>										
氏 名					受給者番号					
生 年 月 日		年 月 日			領収書の枚数		枚			
保護者	氏 名					電 話				
	勤 務 先					勤 務 先 電 話				
加入医療保険	保 険 の 種 類									
	被 保 険 者 氏 名									
	記 号 ・ 番 号		記 号				番 号			
	保 険 者 所 在 地									
	保 険 者 名 称									
	附 加 給 付 の 有 無		有 ・ 無		給 付 割 合					
口座振込先										
口座番号		カタカナ								
		名義人								
受給資格者証記号番号		記 号		谷 乳		番 号				
交 付 年 月 日		年 月 日								