

小児慢性特定疾病医療費申請書

年 月 日

豊田市保健所長 様

＜記入上の注意＞

- 1 太線で囲った部分は、申請者が記入してください。
- 2 振込口座の名義人は、申請者と同じにしてください。

申請者	フリガナ											受給者との 続柄	
	氏 名												
	フリガナ												
	住 所	〒 -											
	電話番号	— —											
	振込口座	銀行・信金・信組 農協・漁協・労金				支店				口 座 番 号			
		銀行コード					支店番号						
		口座種類	普通 ・ 当座				名義人氏名（カナ）						
受給者証	受診者氏名									受給者番号			
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで								適用区分			

申請額		円
-----	--	---

※保健所記入欄

担当確認欄	階層区分	自己負担上限額	支給決定額
/			