

様式第4号(第5条関係)

子宝支援事業助成金交付申請(請求)書

平成 年 月 日

佐伯市長 様

申請者 住 所 佐伯市
 (請求者) 氏 名 _____ 印
 電話番号 _____

| 本人記入欄 | | |
|-------------|-----|---------|
| 対象者 | 氏 名 | 生 年 月 日 |
| | | 年 月 日 |
| 振込先金融機関 | | |
| 金融機関名 | | |
| 口座番号 | 種別 | 普通・当座 |
| 口座名義人(カタカナ) | | |

郵便局は不可

| 医療機関記入欄 | |
|---------------------------------------|-----------------|
| 治療期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 診療額 | (保険適用外自己負担額) 円 |
| 患者氏名 | |
| 治療内容 | |
| 医師の処方せんに基づいて投薬した場合は、下欄も医療機関が記入してください。 | |
| 投薬内容 | |
| 上記のとおり診療、投薬したことを証明します。 | |
| 医療機関所在地 名 称 担当医師氏名 | |
| 印 | |

下欄は記入しないでください。

| | |
|-------|-------|
| 既助成金額 | 助成決定額 |
| | |

添付するもの 医療機関及び調剤薬局が発行する領収書

調剤薬局での投薬がある場合は、薬剤内訳書と一緒に提出してください。