

様式第6号 (第6条関係)

令和 年 月 日

奥出雲町長 様

申請者 住 所 奥出雲町
氏 名
電話番号

乳幼児等医療費助成申請書

奥出雲町乳幼児等医療費助成条例第6条の規定により次のとおり医療費を申請します。

対 象 児 童 氏 名	住 所	奥出雲町	
	氏 名		
医 療 機 関	医療機関名 :		
	住所 :		
医 療 内 容	入院・入院外の別	入院 ・ 入院外	
	期 間	年 月 日～	年 月 日
申 請 金 額	円 (別紙領収書のとおり)		