

ひとり親家庭医療費助成一部自己負担額償還申請書

令和 年 月 日

泉佐野市長 殿

下記のとおり、令和 年 月に医療機関に支払った一部自己負担額の償還を申請します。

申請者	居 住 地	泉佐野市			
	氏 名		電話番号	()	
受給者	住 所				
	氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	
	受給者番号		公費負担者番号		
支払った一部自己負担金額 の合計		円			
償還を受ける額		円			
振込先	金融機関名		預金種別	口座番号	
	支 店 名	(店番)	普 ・ 当	フリガナ	
			口座名義		

備 考
