

第1号様式（第4条関連）

小児医療費助成請求書

年 月 日

松田町長 殿

住所 _____

氏名 _____ 印

年 月 日付け松第 号により助成決定のありました、松田町
小児医療費助成金を次のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

小 児 の 氏 名			
振 込 先	金 融 機 関 名	本 ・ 支 店 名 （ 店 コ ー ド ）	
	()	銀行 労働金庫 信用金庫 信用組合 農業協同組合	() 本店・支店 本所・支所 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	ふりがな		
	口座名義人		