

様式第5号

乳 幼 児 医 療 費 助 成 申 請 書

年 月 日

西興部村長

殿

住所 紋別郡西興部村字

保護者

氏名

印

乳児医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて、申請します。

記

受給対象者	受給者証 記号番号	北 - 177第 号	医療保険 記号番号	
	住 所	紋別郡西興部村字		
	氏 名		生年月日	
	医 療 を 受 け た 病 院	名 称		
	住 所			
添付書類	医療機関の発行した領収書			