

第1号様式(第4条関係)

蒲郡市未熟児養育医療費用助成金(おむつ代)申請書兼請求書

年 月 日

蒲郡市長 様

申請者 住所

氏名

給付対象者との続柄()

電話番号()

蒲郡市未熟児養育医療費用助成金(おむつ代)について、以下のとおり申請及び請求します。

未熟児 養育医療 給付 対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 □申請者と同じ		
未熟児養育医療券有効期間 発行状況確認(有・無)		年 月 日から 年 月 日まで		
助成 対象 経費	対象経費の種類	おむつ代		
	入院期間	年 月 日 から 年 月 日		
	領収書の宛名及び給 付対象者との続柄	(続柄)		
	対象費用	円(税込)		
助成金交付申請額 (十円未満切り捨て)		円		

対象者の氏名、生年月日、住所の確認のため、市が住民基本台帳を閲覧すること・給付対象者の未熟児養育医療に関する申請を確認することに同意します

領収金額について確認が必要な場合、市が医療機関に問い合わせを行うことに同意します。

領収書原本の返還を希望します。

(蒲郡市記載欄) 交付決定額	円
-------------------	---

振込先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人フリガナ			

※ 振込先口座は、申請者の口座としてください。

(添付書類)

助成対象経費に係る領収書(原本)

(入院期間、入院費用及び養育医療給付対象者又は申請者の名前の記載があるもの)