

阿見町長 殿

阿見町立学校等救急搬送時選定療養費助成申請書兼請求書

児童等の救急搬送時に係る選定療養費に対する助成を受けるため、阿見町立学校等救急搬送時選定療養費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき申請するとともに、助成決定の際は下記の銀行口座等に振り込まれるよう請求します。

記

1 申請者及び児童等に係る事項

住 所	〒 ー		
申請者氏名			
連絡先			
児童等氏名		生年月日	年 月 日
児童等との関係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> その他()		

2 救急搬送等に係る事項

搬送元施設名	
搬送年月日	年 月 日
救急搬送の事由	
搬送先医療機関	

(裏面に続きます。)

3 助成申請額に係る事項(選定療養費の実支出額を記入)

助成申請額 (請求額)	金	円
----------------	---	---

4 支払先に係る情報

口座名義人		(フリガナ)					
ゆう ち よ 銀 行 以 外	振込先 金融機関		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 協同組合信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> その他()	銀行 コード			
			<input type="checkbox"/> 本店(本所) <input type="checkbox"/> 支店(支所) <input type="checkbox"/> 出張所	支 店 コード			
	種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号				
ゆう ち よ 銀 行	店番		口座番号				

5 添付書類

- (1) 対象選定療養費を支払ったことを証する書類
- (2) その他町長が必要と認める書類