

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

高松市育成医療等負担費用助成交付申請書

（宛先）高松市長

申請者	氏名	フリガナ ----- Ⓜ	受給者との続柄	
	住所	〒 電話（ ） 高松市 町 丁目 番（地） 号 方		

育成医療等負担費用の助成を受けたいので、高松市育成医療等負担費用助成要綱第5条の規定により申請します。

受け療 て給 い付 る者 を	氏名	フリガナ -----	生 年 月 日
	住所	〒 電話（ ） 高松市 町 丁目 番（地） 号 方	
医療給付名	1 育成医療（一般、心臓、じん臓） 2 更生医療（一般、心臓、じん臓） 3 医療に係る療育の給付		
医療機関名 （病院名）	病院・医院		
振込希望 金融機関	金融機関 コード	支店 コード	種目
	銀行 農協 金庫・組合	店 所 出張所	普通
	口座名義人	フリガナ -----	
口座番号		口座番号	

（注）添付書類

本人負担額の領収書又はこれを明らかにする書類を添付してください。

-----以下の欄には記入しないでください。-----

受給者番号	交付金額	円
備考		