

(様式第1号)

高槻市小児慢性特定疾病医療意見書等助成申請書

令和 年 月 日

(宛先)高槻市長

申請者 住所
氏名
電話番号

小児慢性特定疾病医療意見書等について助成を受けたいので、次のとおり申請します。助成額の算定にあたり必要があるときは、医療意見書等の内容に関する情報を高槻市が調査し、医療機関に報告を求めることに同意します。

記

受給者	氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	—
	受給者番号 (お持ちの場合)	高槻市	
申請額		円	
振込先	金融機関名 金融機関コード	銀行 信金 農協 信組	
	支店名・ 支店コード	本店 支店 出張所	
	<input type="checkbox"/> 座種別	普通・当座	
	<input type="checkbox"/> 座番号		
	(フリガナ) <input type="checkbox"/> 座名義人		

(添付書類)

- 医療意見書等の写し
医療機関から交付された領収書等
その他()