

様式第6号（第4条関係）

令和 年 月分 南関町子ども医療費助成金総括請求書

件数	総点数	左のうち公費負担金点数
件	点	点

令和 年 月 日

南関町長 様

医療機関等の  
所在地及び名称

開設者氏名

印

種別	給付割合	件数	点数	助成額
社保	2割			
	3割			
国保	2割			
	3割			
合計				

請求金額 円

(振込先) ※ 新規または口座内容に変更がある場合ご記入ください。

金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合			支店 支所
口座種類	普通・当座	口座番号		
ゆうちょ銀行の場合	記号		番号	
ふりがな				
口座名義人				