

別記様式（第4条関係）

先天性代謝異常者助成金支給申請書

年 月 日

大 府 市 長 殿

申請者 住所 大府市
氏名
(電話番号 ー)

下記のとおり治療に必要な食事の費用に関する書類を添えて申請しますので、助成金を支給してください。

記						
金						円

代謝異常者氏名（フリガナ） 年 月 日生（ 歳）
小児慢性特定疾病医療費医療受給者証番号
備 考

下記の口座へ振り替えてください。

金融機関名 銀 行 信用金庫 店 農 協	口座番号
預金の種類 普 通 ・ 当 座	口座名義（フリガナ）

市記入欄	総 費 用 額	円
	支 給 決 定 額	円
	前回までの支払額	円