

医療機関助成金支給申請書受付枚数

医療機関名

住所

電話番号

種 別	受 付 枚 数
母子・父子家庭等医療	枚
重心医療（一般）	枚
重心医療（後期高齢）	枚
こども医療	枚
合 計	枚

市への提出日

年 月 日