

市受付印



証明・領収書原本返却願

受付者

(宛先) 小金井市長

下記の理由により、支給申請書に添付した領収書に助成額を証明の上、原本を返却してください。

年 月 日提出

記

乳 幼 児 医 療 証 の 記 載 内 容													
医療証番号	負 担 者 番 号							受 給 者 番 号					
	8	8	1	3		3	3						
乳幼児氏名							乳 幼 児 生年月日	年 月 日					
保護者氏名							住 所	小金井市					
証 明 ・ 領 収 書 返 却 の 理 由													
使 用 用 途			1 確定申告の医療費控除で使用するため。 2 その他 () <small>具体的に記入のこと</small>										

市 記 入 欄	
領 収 書 返 却 枚 数	枚 領収書の写しは、支給申請書に添付
領 収 書 返 却 年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 窓口返却 <input type="checkbox"/> 郵送返却