

年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請者（保護者）  
住 所  
氏 名  
電 話  
印

龍ヶ崎市児童福祉施設等救急搬送時選定療養費補助金交付申請書兼請求書

龍ヶ崎市児童福祉施設等救急搬送時選定療養費補助金交付要綱第 5 条の規定により、  
下記のとおり申請し、及び請求します。

記

1 申請額 円

2 内 容

施設等名	
児童等氏名	
生年月日	年 月 日生
救急搬送日	年 月 日
搬送先病院名	

3 添付書類 ☐ 児童福祉施設等の長が発行した証明書（様式第 2 号）  
☐ 対象選定療養費を支払ったことを証する書類又はその写し  
☐ その他市長が必要と認めるもの（該当する場合のみ）

4 振込先

金融機関名							銀行 信金 信組 農協 労働金庫		支店名		支店 支所 出張所	預金種別  普通・当座
口座 番号									口座 名義	フリガナ		

-----以下、児童福祉施設等へ申請を委任する場合-----

委 任 状

私は、龍ヶ崎市児童福祉施設等救急搬送時選定療養費補助金交付要綱の交付申請に係  
る一切の権限を児童福祉施設等の長へ委任します。

申請者（保護者） 印