

市受付印



証明・領収書原本返却願

(宛先) 小金井市長

受付者

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

義務教育就学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					
児童氏名						児童生年月日	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

