

様式第 1 号（第 6 条関係）

つくば市学校等救急搬送時選定療養費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

つくば市長 宛て

申請者 郵便番号：
(請求者) 住 所：
氏 名：
電話番号：
児童・生徒・園児との続柄：

つくば市学校等救急搬送時選定療養費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、交付の決定があったときは、次のとおり請求します。

児童、生徒 又は園児	(フリガナ)	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	学校等の名称	
医療機関名（救急搬送先）		
救急搬送年月日		年 月 日
交付申請額（請求額）※		円
添付書類	<input type="checkbox"/> 選定療養費の支払が確認できる書類	

※ 医療機関が発行した領収書、診療明細書等に記載の「選定療養費」の額を記入してください。

裏面の「助成金振込先口座」についても記入してください。

【助成金振込先口座】

金 融 機 関 名	銀行							
	信用金庫・信用組合						本 店	
	農業協同組合						・	
	ゆうちょ銀行						支 店	
	(○で囲ってください)							
預 金 の 種 類	普 通 ・ 当 座							
口 座 番 号 左詰めで記入→								
口 座 名 義 人	(フリガナ)							
	氏 名							