

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。

平成・西暦
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 1 3 3 9			
児童氏名	児童生年月日	西暦・平成 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 () 具体的に記入のこと		

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	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 窓口返却 <input type="checkbox"/> 郵送返却