

市受付印

青

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

高 校 生 等 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	
高校生等氏名				高校生等生年月日	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