

市受付印



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 |