

浜田市の医療費助成事業に係る医療機関調査票

平成 年 月 日

1 対応可能な助成事業（番号を○で囲んでください。）

（１）浜田市乳幼児等（児童）医療費助成事業

（２）浜田市福祉医療費助成事業

2 現物給付の対応開始年月（対応月をご記入ください。）

平成 2 年 月診療分から対応します。

3 医療機関情報（各項目にご記入ください。）

医療機関名：_____

所在地：_____

医療機関番号：_____

連絡先：_____

担当者：_____

浜田市役所 医療保険課 医療年金係 御中

（送信先 F A X 番号： 0 8 5 5 - 2 3 - 3 4 2 8）