

子ども医療費給付金支給申請書

(あて先)

住所

保護者

紋別市長 様

氏名

年 月 日

(電話 - -)

子ども医療費給付金の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

(フリガナ)							受給者番号					
子どもの名前							生年月日	年 月 日				
住所							医療保険の加入状況	(被保険者氏名) ※保護者と同一の場合は記入不要				
振込口座	銀行・信金・信組			本店・支店				種別	社保・健保・共済・国保・その他	付加給付	有・無	
	協同組合			本所・支所				(被保険者証記号番号) 記号				
	口座番号								番号			
	フリガナ			普通・当座・その他				(保険者の名称)				
口座名義人						(保険者の所在地)						

※市記入欄

診療区分	診療年月	初診回数	療養に要した費用額	高額療養費付加給付金	一部負担金	支給決定額		
合計								
年 月 日					決裁	課長	係長	係
審査の結果、上記申請のとおり支給してよろしいかお伺いいたします。								