

子ども医療費支給申請書

年 月 日

稲沢市長 殿

住 所

申請者

氏 名

電話番号 () -

次のとおり医療費の助成金を支給してください。

受給者	受給者番号				加入医療保険	被保険者証記号・番号						
	住 所					保険者番号						
	ふりがな氏名		性別	男・女		保険者名称						
	ふりがな氏名		性別	男・女		保険者の所在地						
子ども	生年月日		年	月	日生	被保険者氏名						
傷 病 名					通院区分	入院・入院外						
発病・負傷年月日					療養期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間
医療機関所在地・名称												
総点数 (保険診療)		点	支払額	円		※助成金決定額	円					
※ 助 成 決 定												
ふりがな 口座名義人		金融機関名		店 舗 名		種 別	口 座 番 号					
		銀行 農協 信用金庫		店 支店 出張所		普 通 当 座						
委任状	上記の助成金の受領を _____ に委任します。 氏名											

注 ※印欄は記入しないでください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。