様式第1(第3条関係)

学生等医療費助成金支給申請書

年　　月　　日

稲沢市長　殿

住　所

申請者
(同意者)　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。

なお、受給資格確認のため、私に係る関係公簿を閲覧することに同意します。

受給者	住　所		加入医療保険	被保険者等記号・番号	
	フリガナ			保険者番号	
	氏　名			保険者名称	
	生年月日	年　月　日		保険者の所在地	
傷病名					
傷病原因	第三者行為　・　学校でのケガ その他(　　)			被保険者氏名	
所得区分	扶養親族　・　条例第2条第3号に規定する合計所得金額以下				
学生等区分	大学　・　高等専門学校　・　専修学校　・　各種学校(大学進学目的) 受験予定者(　年　月　日)・　合格者　・　その他(　　)				
医療機関所在地・名称			療養期間	年　月　日から 年　月　日まで	日間

医療費総額	保険診療総点数	付加給付金等	支払額	※助成金決定額
円	点	円	円	円

フリガナ 口座名義人	金融機関名	支店名	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。	※助成決定	

備考　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。