

子ども医療費支給申請書									
年 月 日									
稲 沢 市 長 殿									
住 所 稲沢市									
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 子ども	受給者番号				加 入 医 療 保 険	被保険者 記号・番号			
	住 所					保険者番号			
	ふりがな		性別	男・女		保険者名称			
	氏 名					保 険 者 の			
	ふりがな		性別	男・女		所 在 地			
	氏 名					被保険者氏名			
生 年 月 日	年 月 日								
傷 病 名		養育医療				通院 区分	入院・入院外		
傷 病 原 因		第三者行為 ・ 学校のケガ ・ その他 (養育医療)							
発病・負傷年月日		年 月 日		療養 期間	※	年 月 日から	※	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		金 融 機 関 名		店 舗 名		種 別		口 座 番 号	
口 座 名 義 人									
		銀行		店		普 通			
		農協		支店					
		信用金庫		出張所		当 座			
委任 状	上記の助成金の受領を に委任します。								
	氏名 印								
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。