

【記入例】

記入しないでください。

子ども医療費支給申請書

年 月 日

稲沢市長 殿

住所 稲沢市稲沢町前田365番地16

申請者

氏名 稲沢太郎

電話番号 (0587) 21 - 2300

次のとおり医療費の

子ども医療受給者証を見て、受給者番号等を記入してください。

受給者	受給者番号				加入医療保険	被保険者記号・番号		お子さまの健康保険の被保険者等資格確認書類(資格確認書など)又は、お子さまを扶養する方の資格確認書類を参照し、記入してください。
	住所	稲沢市稲沢町前田365番地16				保険者番号		
	ふりがな	いなざわ たろう	性別	男・女		保険者名称		
	氏名	稲沢太郎				保険者の所在地		
	子ども	ふりがな	いなざわ いちろう	性別		男・女	被保険者氏名	
氏名	稲沢一郎	生年月日	令和元年 5月 10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	令和元年 5月 10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	稲沢市民病院 稲沢市長東町沼100番地				グレー部分の記入は不			
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	当座					
	信用金庫	出張所						
委任状	上記の助成金の受領を に委任します。 氏名 ⑨							

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。