

㊦ 子ども医療費助成申請書

受資 格給 者	資 格 証 記 号 ・ 番 号			加 入 保 険	被 保 険 者 名 氏	
	氏 名				保 険 証 号 記 号 番 号	
子 ども	氏 名				保 険 者 名	
	生 年 月 日	年	月			日
医 療 関 機 関 名	名 称					
	所 在 地					
医 療 内 容	入院・入院外の別	入 院 ・ 入院外				
	期 間	年 月 日から 年 月 日まで				
申請額 金 _____ 円 内訳 本人支払額 _____ 円 (別紙領収書のとおり) 控除額 _____ 円 差 引 _____ 円 (助成対象額) 上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 (住所) 邑南町 (氏名) _____ ㊦ (電話) _____ — _____ 邑南町長 _____ 様						
【振込先口座】						
金 融 機 関	農協 信金 銀行	*ゆうちょ銀行は店番			支所	預金種類
		口座番号			出張所	
					支店	普通・総合
						当座
フリ ガナ						
口座 名義						