

㊦ 子ども医療費助成申請書

受資格者	資格証 記号・番号		加 入 保 険	被保険者 氏名	
	氏名			保険証 記号番号	
子ども	氏名			保険者 名	
	生年月日	年 月 日			
医療機関名	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			
<p style="text-align: center;">申請額 金 _____ 円</p> <p style="text-align: center;">内訳 本人支払額 _____ 円</p> <p style="text-align: center;">(別紙領収書のとおり)</p> <p style="text-align: center;">控除額 _____ 円</p> <p style="text-align: center;">差引 _____ 円</p> <p style="text-align: center;">(助成対象額)</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者(住所) 邑南町</p> <p style="text-align: right;">(氏名) _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">(電話) _____</p> <p>邑南町長 _____ 様</p>					
<b>【振込先口座】</b>					
金融機関名	( )支店・支所・出張所・代理店		口座番号		
預金種別	①普通預金          ②当座預金		口座名義		