様式第６号(第９条関係)

子 ど も 医 療 費 助 成 申 請 書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者 | 資格証番号 |  | | 加入保険 | 被保険者氏名 | | | |  | | | | | |
| 氏名 |  | |
| 保険証  記号番号 | | | |  | | | | | |
| 助成対象子ども | 氏名 |  | |
| 保険者名 | | | |  | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 受給期間 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 口座番号 | | | 普・当 |  |  | |  |  |  |  |  |
| 支店名 |  | 名義 | | |  | | | | | | | | |
| 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  氏名  (助成対象子どもとの続柄：　　　　　)  電話番号　　　　－　　　　－  　　出雲市長　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | |