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 |