様式第７号（第６条関係）

子ども等医療費助成申請書

令和　　年　　月　　日

鹿足郡津和野町長　様

届出人　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

下記のとおり、子ども等医療費助成の支給を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | |  | | | | | | | | | | |
| 受給者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | |
| 加入保険 | 被保険者記号番号 |  | | | | | | | | | | |
| 保険種別 |  | | | | | | | | | | |
| 保険者名称 |  | | | | | | | | | | |
| 診療年月 | |  | 入院外来区分 | | | | | | 入院・外来 | | | |
| 医療機関名称 | | 領収書のとおり | | | | | | | | | | |
| 医療機関所在地 | | 領収書のとおり | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | １県外の医療機関等で受診  ２資格証交付前の受診  ３その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 本人負担額 | | 円 | | | | | | | | | | |
| 控除額 | | 円 | | | | | | | | | | |
| 助成対象額 | | 円 | | | | | | | | | | |
| 口座情報 | 銀行名 | 銀行・農協・信用金庫 | | | | | | | | | | |
| 支店名 | 本店・支店・出張所 | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | 普通・当座 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 口座名義人（ｶﾀｶﾅ） |  | | | | | | | | | | |