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） |  |