

別記様式第4号

子ども医療費助成申請書

平成 年 月 日

江差町長 様

銀 行 名	銀行 支店	(保護者)
口 座 番 号		住 所 江差町字
ふ り が な		
氏 名		氏 名 印
		電話番号 —

子ども医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

記

受給資格者	氏 名	
	生 年 月 日	平成 年 月 日
	性 別	男・女
	受給者証記号番号	北—73
	保 険（共 済）の 名 称 ・ 記 号 番 号	名 称 記号番号

(この表には記入しないでください。)

助成決定金額				円		
内 訳	外 来 ・ 入 院 の 区 分	請 求 金 額			差 引 助 成 額	
			初診時自己負担金	附 加 給 付		
	外 来					
	入 院					
	計					
摘 要						