

子ども医療費助成申請書

年 月 日

江差町長 様

申請者	住所	
	氏名	
	電話番号	
	受給者との続柄	
	個人番号	

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

申請内容	受給者	受給者番号		医療保険記号・番号			
		住所					
		氏名		生年月日		年 月 日	
	医療機関	名称					
		所在地					
	医療費の支払方法	種別	<input type="checkbox"/> 現金払	金融機関名	銀行・金庫・農協・漁協		
			<input type="checkbox"/> 口座払		本店・支店・支所		
		種別	<input type="checkbox"/> 普通	口座番号			
			<input type="checkbox"/> 当座	名義人(カナ)			

(以下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	初診時自己負担金		附加給付	差引助成額
	外来					
	入院					
	計					
摘要						