

別記様式第4号 (第5条関係)

子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

江差町長 様

申請者	住所	江差町字	振込口座	銀行名	銀行
	氏名			支店名	支店
	電話番号			ふりがな	
	個人番号			名義人氏名	

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	年 月 日														
	性別	男・女	個人番号													
	受給者証記号番号															

(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						