

年 月 日

栄町長 様

住 所

フリガナ

申請者 氏 名
(保護者)

㊟

(自署又は記名押印)

電話番号

(子どもとの続柄)

子ども医療費助成金給付申請書

子ども医療費の助成金の給付を受けたいので、栄町子ども医療費の助成に関する規則第1条第2項の規定により、関係書類を添えて申請します。

子 ど も	住 所				
	フリガナ				性 別
	氏 名				男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日			
	年 齢 ・ 学 年	歳 ・ 小学校 / 中学校 第 学年			
加 入 医 療 保 険	保 険 者 名				
	被 保 険 者 氏 名				
	記 号 番 号	記 号		番 号	
	附 加 給 付 等	有(自己負担限度額 円) ・ 無			
公費負担医療制度		有() ・ 無			
振 込 先 金 融 機 関	銀 行 信 用 金 庫 農 協	本 店 支 店 支 所	口 座 番 号	普通 ・ 当 座	
			フリガナ 名 義 人		

注

- 1 子どもの年齢・学年欄は、申請に係る医療を受けた際の年齢及び学年を記入してください。
- 2 この申請書には、次の書類を添付してください。
 - (1) 被保険者証、組合員証又は加入者証の写し
 - (2) 医療費の領収書又は子ども医療費計算書
 - (3) 高額療養費の額を証する書類
 - (4) 附加給付及びこれに準ずるものの額を証する書類
 - (5) 公費負担医療制度に基づく給付の額を証する書類