

子ども医療費助成申請書

比布町長 様

令和 年 月 日

保護者住所 比布町

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。

申請額 金 円也

受給者証番号			
受給者証氏名			
生年月日	平成・令和 年 月 日生 (満 才)	平成・令和 年 月 日生 (満 才)	平成・令和 年 月 日生 (満 才)
診療月	令和 年 月診療分	令和 年 月診療分	令和 年 月診療分
医療を受けた 病院等	裏面添付の領収書のとおり		

子ども医療費の支払いについては、私の指定する下記の預金口座に振り込むことに同意します。

金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	支店名	本店 支店
口座番号	(普通・当座)	口座名義人 (カタカナで ご記入ください)	

※担当者記入欄

- 添付書類 医療機関の発行した領収書(原本)
 写し ~領収書原本を確認し、写しでの申請を受け付けしました。

令和 年 月 日 国保医療係 担当者 印

※收受印

--