

様式第5号(第9条関係)

子ども医療費助成申請書

年月日

木城町長様

申請者 (保護者)	住所			
	氏名	印 (対象者との続柄)		
口座 振替	金融機関		支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(カタカナ) 口座名義人			

下記の対象者に係る子ども医療費を請求します。

記

受給者番号				
対象者	ふりがな		生年月日	
	氏名		年 月 日	
	住所			
保険診療額領収証明				
診療月	年	月分(日間)	区分	入院・入院外
保険診療総点数		点		
他法公費負担点数		点		
保険診療一部負担金		円		
指定訪問看護の基本利用料		円(日)		
年 月 日 (医療機関等)所在地 名称 代表者 印				