別記様式第6号の3(第6条関係)

|  |
| --- |
| 子ども医療費助成申請書(「療養の支給」「一部負担金」の助成用)　　年　　月　　日　聖籠町長　　　　様住所　聖籠町大字　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 T E L　下記のとおり金　　　　　　　　　　円の医療費の助成を申請します。 |
| 受給者証番号 | 　 | 保険者名 | 　 |
| 受給者氏名 | 　 | 記号・番号 | 　 |
| 受療者氏名 | 　 | 被保険者氏名 | 　 |
| 振込指定機関 | 　 | 口座番号 | 　 | 口座名義人 | 　 |
| ※ | 他法負担金 | 　 | 一部負担額 | 　 | 決定額 | 　 |

(注)　1　※印は記入しないこと。

　　　2　「療養費の支給」による助成申請の場合は、保険者からの支給を証する書類を添付して申請すること。

　　　3　「一部負担金」の助成申請の場合は、その事由を証する書類を添付して申請すること。

別記様式第6号の3(第6条関係)

赤字の箇所を記入してください*！*

県外等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども医療費助成申請書(「療養の支給」「一部負担金」の助成用)**申請日****（今日の日付）**　　○○年○○月○○日　聖籠町長　　様**口座名義人に合わせて****ください。****例：（口座名義）父親****→（申請者）父親**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住所　聖籠町大字諏訪山825  |
| 氏名　聖籠　太郎　　　 |
|  | 電話番号　　27-6511 |

　下記のとおり金　　　　　　　　　　円の医療費の助成を申請します。**携帯電話でもOK。****連絡の取りやすい方を書いてください。** |
| 受給者証番号 | **受給者証のコピーがあれば、記入は不要です。** | 保険者名 |  |
| 受給者氏名 | 聖籠　太郎**（受給者証に記載の保護者）** | 記号・番号 | 保険証のコピーがあれば、記入は不要です。 |
| 受療者氏名 | 聖籠　花子**（診療を受けた子ども）** | 被保険者氏名 |  |
| 振込指定機関 | 聖籠 銀行 | 口座番号 | ・当座 | 口座名義人 | ※カタカナで |
| ｾｲﾛｳ ﾀﾛｳ |
| 聖籠 支店 | 1234567 |
| ※ | 他法負担金 | 　 | 一部負担額 | 　円 | 決定額 | 　円 |

(注)　1　※印は記入しないこと。

　　　2　「療養費の支給」による助成申請の場合は、保険者からの支給を証する書類を添付して申請すること。

　　　3　「一部負担金」の助成申請の場合は、その事由を証する書類を添付して申請すること。