

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。

県外等

赤字の箇所を記入してください！



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)

〇〇年〇〇月〇〇日

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

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。

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	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 聖籠 支店	口 座 番 号	普通 ・ 当座 1234567	口座名義人	※カタカナで セイロウ タロウ
※ 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。