

# 子ども医療費支給申請書

年 月 日

(あて先)北名古屋市長

住所 北名古屋市

申請者 氏名

TEL

下記のとおり申請します。

受給者(子ども)	受給者番号			加入医療保険	記号番号			
	氏名				被保険者氏名			
	生年月日	年	月		日	保険者名・番号	□□□□□□□□□□	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 北名古屋市			付加給付	有・無		
区分	入院・入院外		療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				
医療機関等	所在地 名称							
医療費総額							円	
申請額							円	
申請理由	未熟児養育医療自己負担金に充当							
振込先金融機関	三菱UFJ銀行 西春支店			口座番号	普通 3971624			
				フリガナ 口座名義人	キタナゴヤシカケイカンリシヤ 北名古屋市会計管理者			

処理欄	受付	確認