

様式第4(第7条関係)

子 ども
障 害 者 医療費支給申請書
母子・父子家庭

令和 年 月 日

(あて先)北名古屋市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

受 給 者	受 給 者 番 号			加 入 医 療 保 険	記 号 番 号											
	フリガナ				被 保 険 者 氏 名											
	氏 名				保 険 者 名 号 ・ 番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
	生 年 月 日	年 月 日	男・女		附 加 給 付	有 ・ 無										
住 所																
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																
振 込 先 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出 張 所	口座番号	普通 当座												
			フリガナ													
			口座名義人													