

# 見本

## 子ども医療費支給申請書

※太枠内をご記入ください。

(あて先)北名古屋市長

令和 年 月 日

保護者の氏名等をご記入ください。

住 所 北名古屋市

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。

なお、助成割合の判定に際し、住民記録及び市民税課税状況について、市が調査することに同意します。

受給者(子ども)	受給者号		加入医療保険	記号番号	この欄は記入不要です。 お子さまの健康保険証(写)を同封してください。
	フリガナ			被保険者氏名	
	氏名			保険者名号・番号	
	生年月日	年 月 日 男・女		附加給付	
	住所				
区分	入ル、 院外 「子ども」の住所 申請者と同じ場合は「同上」と記入してください。			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
医療機関等	所在地 名称				
医療費総額	該当するものをご記入ください 【記入例】				
申請額	・県外受診のため ・就学児入院費助成	・治療用器具作製のため ・就学児通院費助成		・受給者証交付前受診	
申請理由					
振込先 金融機関	(金融機関名)	口座番号	普通 当座		
	(支店名)	フリガナ			
	同封する領収書の枚数をご記入ください。	口座名義人			

処理欄	受付	

領収書枚数 枚

# 子ども医療費支給申請書

令和      年      月      日
-------------------------

(あて先)北名古屋市長

住 所	北名古屋市
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。

なお、助成割合の判定に際し、住民記録及び市民税課税状況について、市が調査することに同意します。

受給者(子ども)	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	□□□□□□□□□□					
	生年月日	年	月	日			男・女					
	住所					附加給付	有 ・ 無					
区分	入院 ・ 入院外			療養期間	令和	年	月	日から				
医療機関等	所在地 名称								令和	年	月	日まで
医療費総額											円	
申請額											円	
申請理由												
振込先 金融機関	(金融機関名)					口座番号	普通 当座					
	(支店名)					フリガナ						
						口座名義人						

処理欄	受付	

領収書枚数		枚
-------	--	---