

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

印

電話番号 ()

押印してください。

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	・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。

Table with columns for recipient info (受給者), insurance info (加入医療保険), medical details (区分, 医療機関等, 療養期間), and financial info (医療費総額, 申請額, 振込先).

Table with columns for processing status (処理欄) and receipt (受付).

領収書枚数 枚