

# 見本

## 入院時食事療養費支給申請書

※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

保護者の名前をお願いします。

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。

受給者(子ども)	受給者番号		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	「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。			月 日まで 回	
療養期間及び回数	所在地 名称				
医療機関等	申請額 円				
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

# 入院時食事療養費支給申請書

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 <span style="float: right;">㊟</span>
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 ( 子 ど も)	受 給 者 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 style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px dashed black;"></td> </tr> </table>												
	生 年 月 日	年	月	日		男・女	附 加 給 付	有 ・ 無											
住 所																			
療 養 期 間 及 び 回 数		令和    年    月    日から    令和    年    月    日まで    回																	
医 療 機 関 等		所在地 名 称																	
申 請 額		円																	
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