

## 子ども医療費助成申請書

債No.

受給 資格者	資格証 記号・番号		加 入 保 険	被保険者 氏名	
	氏名			被保険者証 記号番号	
子ども 等	氏名				保険者名
	生年月日	年 月 日			
医療 機関名	名称				
	所在地				
医療 内容	入院・入院外の別	入院 ・ 入院外			
	期間	年 月 日から 年 月 日まで			

申請額 金 \_\_\_\_\_ 円

内訳 本人支払額 \_\_\_\_\_ 円

（別紙領収書のとおり）

控除額 \_\_\_\_\_ 円

差引 \_\_\_\_\_ 円（助成対象額）

上記のとおり申請します。

年 月 日 千 一

申請者 住所

氏名

☎（            ） 一

江津市長 様

支出決定日 年 月 日
----------------

--