

様式第7号（第10条関係）

子ども医療費助成申請書（「療養費の支給」「一部負担金」の助成用）					
糸魚川市長 様				令和〇〇年〇〇月〇〇日	
申請者 住 所 糸魚川市一の宮1丁目2番5号					
氏 名 糸魚川 太郎					
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					
下記のとおり 円の医療費の助成を申請します。					
公費負担者 番号	90150152		受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇	
受給者氏名 (保護者)	糸魚川 太郎		受療者氏名 (子ども)	糸魚川 姫子	
受療者(子ども) 生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		自己負担割合	2 または 3割	
受診 医療機関名	〇〇病院		受診年月	年 月	
保険者名	〇〇〇〇〇〇協会 〇〇支部		保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
被保険者氏名	糸魚川 太郎		記号・番号	〇〇〇 ・ 〇〇〇	
振込指定 金融機関	金融機関名	〇〇銀行	口座番号	普通 1234567	
	支 店 名	〇〇支店	(フリガナ) 口座名義人	イトイガワ タロウ 糸魚川 太郎	
※他法負担額		※一部負担金		※決定額	

(注) ※印は、記入しないでください。

「療養費の支給」による助成申請の場合は、保険者からの支給を証する書類を添付して申請してください。

「一部負担金」の助成申請の場合は、その事由を証する書類を添付して申請してください。