

清水町子ども医療費助成申請書

年 月 日

清水町長 様

住所
 申請者 氏名 (※)
 (保護者) 電話

※申請者が自署しない場合は、押印が必要です。

清水町子ども医療費の助成について、次のとおり申請します。

受給者 (子ども)	受給者番号	第 号	住所	
	(ふりがな)氏名		生年月日	年 月 日
加入保険	被保険者氏名		記号番号	
	保険者名称			
振込先	金融機関名		口座番号	
	支店名		(ふりがな)名義人	

事務 処 理 欄	学年等 (子ども)		乳児・幼児(歳) 小・中・高 年		領収書		枚添付	
	債権者番号 (申請者)				他の助成制度利用 の有無		(有 ・ 無)	
	診療年月		入院期間・日数			通院回数		
		年	月分	日	～	日	日	回
		年	月分	日	～	日	日	回
		年	月分	日	～	日	日	回
	月分	入・通院の別	A 保険診療による自己負担額	B 高額療養費	C 付加給付金	D 他の助成額	E 助成額 (A-B-C-D)	
助成額 合計						円		