

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。

また、清水町が個人番号を利用した情報連携又は公簿等により、下記受給者の子ども医療費助成事務手続のために必要となる個人情報进行调查することに同意します。

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
	個人番号			
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
助成額 合計			円			