子ども医療費助成金支給申込書

千歳市長　　様

年　　月　　日

申込者　住　　所

保護者氏名

電 話 番 号

受給者との続柄（父・母・祖父母・　　）

個 人 番 号

子ども医療費助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申し込みます。

申込内容	受給者（お子さん）	受給者番号		被保険者記号番号	―	
		個人番号				
		氏名		生年月日	年　月　日	
	振込先	フリガナ		預金種目	普通・当座・（　　）	
		口座名義人				
		金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 協同組合	本店 本所 支店	店番号	口座番号

※決定欄	決裁	課長		係長		係		決定年月日	年　月　日
	1　上記申込内容を審査の結果、適当と認められるので次のとおり支給する。 2　次の理由により、上記申込みを不承諾とする。（理由　　）								
	負担区分	初診・課税			医療費区分	入院・入院外・補装具			
	総医療費	保険給付額	自己負担額	高額療養費	付加給付及び保険対象外額	一部負担額	支給決定額		
	入外調歯補								