

子ども医療費助成金支給申込書

千 歳 市 長 様

令和 年 月 日

申込者 住 所

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(お 子 給 さ ん 者)	受給者番号								健康保険証 記号番号	—
		個人番号									
		氏 名								生年月日	平成・令和 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	令和 年 月 日		
	1 上記申込内容を審査の結果、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		一般・就学前・非課税			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	一部負担金	支給決定額
	入 外 調 歯 補										