

# 子ども医療費助成金支給申込書

千 歳 市 長 様

令和      年      月      日
<b>申込者</b> 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	振 込	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										