

子ども医療費助成申請書

＜受給者＞（医療機関で診療を受けた方）

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		個人番号	- この手続では個人番号の記入は不要です -
住所 (建物名等)		市処理欄	受給者番号

＜申請者＞（保護者等）

恵庭市長 様 子ども医療費の支給を受けたいので、領収書を添えて申請します。（申請日） 年 月 日 領収書提出枚数（ ）枚			
フリガナ		生年月日	年 月 日
署名		個人番号	- この手続では個人番号の記入は不要です -
氏名		電話番号	- -
住所 (建物名等)	□受給者と同じ（記入不要）		続柄 受給者から見て 父・母・祖父母・ その他（ ）

＜受取口座＞

口座名義人	フリガナ	預金項目	普 通 ・ 当 座 ・ （ ）						
金融機関名	銀行 本店 信用(金庫・組合) 支店 農協 出張所	店番号	口座番号						

恵庭市使用欄

助成申請により、下記のとおり支給してよろしいか。	負 担 区 分	課 ・ 初
	保 険 割 合	2 割 ・ 3 割
	高額医療費	該当（令和 年 月分）・ 非該当
支 払 額	A	円
高額療養費等	B	円
一部負担金(初診時一部負担金)	C	円
支給決定額(A－B－C)		円

本人確認	備 考	決裁欄		
①番・免・パ・手帳 他（ ） ②証・年金・資書・介 社員・学生 他（ ） ③ヒア	合算 有 ・ 無 （合算対象 ） □領収書返却済 支払予定日 年 月 日	課長	主査	担当
代理権確認手段 受給者証・健康保険情報 ・障害者手帳・委任状 他（ ）				