

申請される（受診した）受給者の氏名・生年月日・住所を記入してください

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 | エニワ スズ     | 生年月日 | H ○ 年 ○ 月 ○ 日          |
| 氏名   | 恵庭 鈴       | 個人番号 | - この手続では個人番号の記入は不要です - |
| 住所   | 恵庭市京町 1 番地 | 市処理欄 | 受給者番号                  |

＜申請者＞（保護者等）

|                                                                            |              |      |                        |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|------|------------------------|
| 恵庭市長 様<br>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<br>領収書提出枚数（ ○ ）枚 |              |      |                        |
| フリガナ                                                                       | エニワ ハナエ      | 生年月日 | S ○ 年 ○ 月 ○ 日          |
| 署名                                                                         | 恵庭 花絵        | 個人番号 | - この手続では個人番号の記入は不要です - |
| 住所                                                                         | 受給者と同じ（記入不要） | 電話番号 | ○○○-○○○-○○○            |
|                                                                            |              | 続柄   | 受給者から見て<br>父・母・祖父母・その他 |

＜受取口座＞

|       |                                    |                     |         |
|-------|------------------------------------|---------------------|---------|
| 口座名義人 | フリガナ エニワ ハナエ<br>恵庭 花絵              | 預金項目                | 普通・当座・（ |
| 金融機関名 | 銀行<br>恵庭 信用（金庫・組合） 恵庭 支店<br>農協 出張所 | 店番号                 | 口座番号    |
|       |                                    | 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 |         |

日中に連絡のとりやすい番号を記入してください

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      | 月                 |
| 高額療養費等                   | B      | 月                 |
| 一部負担金（初診時一部負担金）          | C      | 月                 |
| 支給決定額（A - B - C）         | 記入不要です |                   |

|                                             |                        |     |    |    |
|---------------------------------------------|------------------------|-----|----|----|
| 本人確認                                        | 備考                     | 決裁欄 |    |    |
| ① 養・免・バ・手帳<br>他（ ）                          | 合算 有 ・ 無 （合算対象 ）       | 課長  | 主査 | 担当 |
| ② 託・年金・資書・介<br>社員・学生<br>他（ ）                | □領収書返却済<br>支払予定日 年 月 日 |     |    |    |
| ③ 生ア                                        |                        |     |    |    |
| 代理確認手段<br>受給者証・健康保険情報<br>・障害者手帳・委任状<br>他（ ） |                        |     |    |    |