

様式第6号(第6条関係)

## 子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

恵庭市長様

申請者 住所 恵庭市

氏名

対象者との続柄 (父・母・祖父母・)

電話番号

下記のとおり証拠書類を添えて申請します。

受給者	住所	※上記と同じ場合は記入不要 恵庭市		
	氏名		生年月日	平成 年 月 日 令和
振込先	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
医療費の内訳	別紙領収書等 ( 枚) のとおり			

※決定欄	助成申請により、上記のとおり支給してよろしいか。		受給者番号		
			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	
	備考				<input type="checkbox"/> 領収書返却済
	課長	主査	担当	受付	支払予定日
				令和 年 月 日	

注 ※欄は記入しないでください。