

子ども医療費助成申請書

恵庭市長様

記入者の情報

申請者

記入日

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住所 恵庭市 **京町1番地**

氏名 **恵庭 岳男**

対象者との続柄 (**父**) ・ 母 ・ 祖父母 ・ ()

日中に連絡のとりやすい
番号を記入してください

電話番号

〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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		申請されるお子様のお名前・生年月日・住所(申請者と同じ場合は不要)を記入してください									
	氏名	恵庭 花絵		生年月日	平成	○ 年 ○ 月 ○ 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日						
振込先	振込先口座情報を入力してください	ガナ エニワ タケオ		預金項目	普通	当座・()							
	口座名義人	恵庭 岳男		金融機関名	恵庭 銀行 信用(金庫・組合) 恵庭 本店 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		0	0	0	1	2	3	4	5	6	7

申請される領収書の枚数を記入してください

※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				円	
高額療養費等				円	
一部負担金(初診時一部負担金)				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	

記入不要です

注 ※欄は記入しないでください。