

様式第8 その1(第9条関係)

受給者 番号	
-----------	--

子ども医療費支給申請書

年 月 日

(宛先)小牧市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

(受給者) 氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

次のとおり別添証拠書類を添えて申請します。

対象者	フリガナ 子ども氏名				生年月日	令和 年 月 日
	個人番号					
加入 保険	保険者名 (保険者番号)				記号番号	
	被保険者 氏 名				附加給付	有・無
口座振込希望 の金融機関				種別	1普通	口座番号
					2当座	
					フリガナ	
				口座名義人		
※医療等 の状況	傷病名		通院区分	入院・入院外	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで
	医療機関	所在地 名 称				
	申請理由	1医療保険において療養費等が支給されたため 2県外受診のため 3受給者証交付前受診 4その他( )				
※①医療費総額	※②保 険 者 負 担 割 合	※③負担額 ①×②	※④自己(一部) 負担額①-③	※⑤高額療養費 又は附加給付金	※支給申請額 ④-⑤	
円	割	円	円	円	円	
※ 区 分					※支給決定額	
1一般	2歯科	3調剤	4柔整、はり・きゅう	5補装具		円

(注)※印の欄は、記入しないでください。

※申請書記入者 氏 名 (続柄 )  
連 絡 先

# 記入例

## 子ども医療費支給申請書

受給者番号	
-------	--

\*\*\*年\*月\*日

(宛先)

① 子ども医療費助成制度の受給者（保護者）の住所・氏名等を記入してください。日付は窓口へ提出される日を記入してください。

申請者 住所 小牧市堀の内三丁目\*\*番地

(受給者) 氏名 小牧 太郎

電話 0568-\*\*-\*\*\*\*

次のとおり別添に提出してください。

対象者	フリガナ 子ども氏名	コマキ アユミ 小牧 あゆみ	生年月日	令和 *年7月1日
	個人番号	*****		
加入保険	保険者名 (保険者番号)		記号番号	
	被保険者 氏 名			有・無
口座振込希望 の金融機関			口座番号	
			フリガナ	
			口座名義人	
※医療等の 状況	傷病名		通院区分	入院・入院外
	医療機関	所在地 名 称	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで
	申請理由	1医療保険において療養費等が支給されたため 2県外受診のため 3受給者証交付前受診 4その他( )		
※①医療費総額	※②保険者負担割合	※③負担額 ①×②	※④自己負担額	
円	割	円		
※ 区				
1一般	2歯科	3調剤	4柔整、 う	円

②子どもの氏名・生年月日・個人番号を記入してください。

③この申請書を実際に記入した方の氏名・子との続柄・電話番号を記入してください。(右上の申請者と同じ場合もご記入ください)

(注)※印の欄は、記入しないでください。

※申請書記入者 氏 名 小牧 太郎 (続柄 父)  
連絡先 0568-\*\*-\*\*\*\*

**①～③以外の部分の記入は不要です**