

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				生年月日	年 月 日	
	子ども氏名						
	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	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所	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 療養はり・きゅう	5 補装具	円		

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

※ 本人の預金口座なきため _____ の口座へ振込ください。
本人死亡のため (続柄)

住 所
氏 名

※申請書記入者 氏 名 (続柄)
連 絡 先

受付		確認			
----	--	----	--	--	--