

(記載例)

太枠内の記入をしてください

第1号様式 (第3条関係)

子ども医療費支給申請書			
記入した日を記入してください		年 月 日	
清須市長 様		申請者 住 所	
保護者の方の氏名等を記入してください。 自署の場合は、押印不要です。		氏 名 印 電 話	
受給資格者	受給者番号	記入不要です。 ・子ども医療受給者証のコピー ・お子様の健康保険証のコピー ・診療点数が分かる領収書原本を同封してください。	
	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日		
	傷 病 名		
医 療 機 関			
医 療 費 総 額			
申 請 額		円	
支払方法 (口座振替)	振込先 金融機関	銀 行 店 信用金庫 農 協 所	
	口座番号	普 当	口座 名義人氏名
申請理由	振込みを希望する口座について 記入してください。		