

第1号様式（第3条関係）

子ども医療費支給申請書						
					年 月 日	
清須市長 様						
			申請者 住 所			
			氏 名		㊟	
			電 話			
			※ 自署の場合、押印不要			
受給資格者	受給者番号				保険証の記号番号	
	住 所				被保険者氏名	
	氏 名				保 險 者	
	生年月日	年	月	日生	附加給付の状況	有 ・ 無
	傷 病 名				通院区分	① 入 院 ② 入 院 外
医 療 機 関	名 称					
	所在地					
医 療 費 総 額	円					
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						