

第4号様式(第5条関係)

子ども医療費支給申請書 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>				
清須市長 様 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">申請者 住 所</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">氏 名 ( ) 印</div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">電話 ( )</div>				
下記のとおり医療費を支給してください。				
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 険 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 )	<del>振 込 先</del>	<del>金 融 機 関</del>	<del>銀 行 信用金庫 農 協</del>	<del>店 所</del>
	口 座 番 号	普 当	口 座 名 義 人 氏 名	
申 請 理 由	未熟児養育医療の自己負担金が生じたため。 また、本申請書に基づく支給費を未熟児養育医療負担金に充当することに同意します。			