

第4号様式(第5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 <span style="float: right;">㊟</span> 電 話		
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		健康保険の 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	<del>有 無</del>
	傷 病 名		通 院 区 分	① 入 院 外 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	<del>                     銀 行 店                      信 用 金 庫                      農 協 所                 </del>		
	口 座 番 号	普 当	口 座 名 義 人 氏 名	
申 請 理 由	未熟児養育医療負担金に充当することに同意します。			