

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

（自署の場合、押印不要）

電 話

受給資格者	受給者番号		医療保険の記号番号	
	住 所		被保険者氏名	
	氏 名		保 険 者	
	個人番号			
	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	未熟児養育医療負担金に充当することに同意します。			