

子ども医療費助成申請書

年 月 日

浜中町長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
電 話

子ども医療費の支給を受けたいので証拠書類を添えて申請します。

記

子 ど も	受給者番号			医療保険			
				記号番号			
	氏 名			生年月日	年 月 日		
診 療 機 関	名 称						
	住 所						
診 療 内 容	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤	合 計		
	件 円	件 円	件 円	件 円	件 円		
医 療 費 の 支 払 方 法	1 口座払 2 現金払	金 融 機 関 名				支店名	
		口座 種別	1 普通 2 当座	口座 番 号			口座 名 義