

様式第 7 号（第 10 条関係）

子ども医療費助成申請書（「療養費の支給」「一部負担金」の助成用）					
年 月 日					
糸魚川市長 様					
申請者 住 所					
氏 名					
電話番号					
下記のとおり 円の医療費の助成を申請します。					
公費負担者 番号	<input type="checkbox"/> 90150152 <input type="checkbox"/> 91150151		受給者番号		
受給者氏名 (保護者)			受療者氏名 (子ども)		
受療者(子ども) 生年月日	年 月 日		自己負担割合	割	
受診 医療機関名			受診年月	年 月	
保険者名			保険者番号		
被保険者氏名			記号・番号		
振込指定 金融機関	金融機関名		口座番号		
	支 店 名		(フリガナ) 口座名義人		
※他法負担額		※一部負担金		※決定額	

（注） ※印は、記入しないでください。

「療養費の支給」による助成申請の場合は、保険者からの支給を証する書類を添付して申請してください。

「一部負担金」の助成申請の場合は、その事由を証する書類を添付して申請してください。