

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）				
糸魚川市長 様		年 月 日		
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
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。