

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）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

糸魚川市長 様

申請者 住 所 糸魚川市一の宮1丁目2番5号

氏 名 糸魚川 太郎

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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 checked="" type="checkbox"/> 90150152 <input type="checkbox"/> 91150151	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇
受給者氏名 (保護者)	糸魚川 太郎	受療者氏名 (子ども)	糸魚川 姫子
受療者(子ども) 生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	自己負担割合	2 または 3割
受診 医療機関名	〇〇病院	受診年月	年 月
保険者名	〇〇〇〇〇〇協会 〇〇支部	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者氏名	糸魚川 太郎	記号・番号	〇〇〇・〇〇〇
振込指定 金融機関	金融機関名 〇〇銀行	口座番号	普通 1234567
	支店名 〇〇支店	(フリガナ) 口座名義人	イトイガワ タロウ 糸魚川 太郎
※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。