

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		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。

申請の際、必ず保険証をご持参ください。