

様式第 4 号（第 5 条関係）

子ども医療費支給申請書

受給者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
住所			電話番号	
医療保険の加入状況	被保険者、組合員 又は世帯主の氏名		被保険者、組合員又は世帯主との続柄	
	被保険者、組合員 又は世帯主の住所		保険者の名称・保険者番号	
	加入医療保険の記号番号		保険者の所在地	
保険診療総点数	点		備考	
入院・外来の別	入院 ・ 外来		年 月 日生（ 歳）	
歯科・調剤	歯科 ・ 調剤			
食事療養費				
精神医療（通院）				
その他	補装具・柔整・（鍼・灸）			
支給額	円			
医療機関名				
所在地				
上記のとおり申請します。 年 月 日 日高川町長 様 住所 申請者 氏名				

子ども医療費を次の口座に振り込んで下さい。

振込金融機関	口座番号	口座名義人
銀行 信用金庫 農協	普通 ・ 当座	フリガナ
支店 支所		