

様式第1号 (第5条関係)

子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

長浜市長 あて

申請者 氏名
住所 長浜市

氏名

印

電話

長浜市子ども医療費助成条例施行規則第5条の規定により申請します。
また、保険者から付加給付等を受けたときは、返還することを確約します。

助成申請額	金 円
入院年月	年 月分
助成対象者氏名	生年月日 H・R 年 月 日
保険者名	国保・協会けんぽ・組合健保・共済 (保険者番号: 記号 番号)
摘要	日本スポーツ振興センター災害共済給付 (ある・ない)
添付書類 1 医療機関が発行した領収書 2 家族療養費等支給決定通知書 3 2に代わる証明書	

※【計算方法】

保険診療総点数 点
保険診療自己負担分 円
高額療養費 円
付加給付金 円
一部負担金 円

※印欄は記入しないでください。

支払決定額 ※ 円

払渡希望機関の 名 称	銀行 金庫 農協 本店 支店 代理店 (店番)
	預金種別 普通・当座 口座番号 第 号
	預金名義人

受付 (支所)