

子ども医療費助成申請書

長浜市長 あて

記入した

年 月 日

通帳名義人(保護者)の氏名
(自署)等を記入ください。

申請者(保護者) 〒

住 所 長浜市

氏 名

電 話 ()

長浜市子ども医療費助成条例に関する施行規則第4条の規定により申請します。

また、保険者から高額療養費等を受けたときは、返還することを確約します。

助 成 申 請 額	円		
助成対象者(子ども)の 情報を記入ください。	月 分	入院・入院外	(日)
受 給 券	福祉番号	受給者番号	
助成対象者氏名	生年月日	年	月 日
保 険 者 名	☐ 長浜市国民健康保険 ☐ その他 → ☐ 写し添付につき、以下記入省略 国保・協会けんぽ・組合健保・共済・国保組合 保険者番号: 記号: 番号:)		
摘 要	日本 復興センター災害共済給付 (ある ・ ない)		
添付書類	1 医療機関が写し 2 家族療養費等 3 2に代わる証明書		
加入医療保険(記号・番号等)が確認できる書 類のコピーを添付すれば記入は不要です。	銀行 本店 店番 () 金庫 支店 農協 支所 (普通・当座第 号) ☐ 写し添付につき 記入省略		
ふりがな 預金名義人			

通帳(保護者のもの)の見開きページの
コピーを添付すれば記入は不要です。

支 払 決 定 額

円

保険診療自己負担分 円
 高 額 療 養 費 円
 附 加 給 付 金 円
 一 部 負 担 金 円

領収書原本預かり了承済み ()

受付 ()

※ 助成金は、申請者の口座へ振り込みます。