

子ども医療費助成申請書

年 月 日

長浜市長 あて

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	金 円
受診年月	年 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	<input type="checkbox"/> 長浜市国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 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	
払渡希望機関の名称 <input type="checkbox"/> 写し添付につき 記入省略	銀行 本店 店番 ( ) 金庫 支店 農協 支所 (普通・当座第 号)
	ふりがな 預金名義人

【計算方法】 以下は記入しないでください。

保険診療総点数 点  
 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

支払決定額	円
-------	---

領収書原本預かり了承済み ( ) 受付 ( 支所 )

※ 助成金は、申請者の口座へ振り込みます。