

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

蒲郡市長 殿

住所 蒲郡市  
受給者  
氏名

電話 ( )

次のとおり子ども医療費助成金の交付を申請します。

|       |                                                                                                                                                                                                        |   |  |  |        |       |   |      |      |     |   |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|--------|-------|---|------|------|-----|---|
| 受給者番号 |                                                                                                                                                                                                        |   |  |  | 個人番号   |       |   |      |      |     |   |
| 子ども氏名 |                                                                                                                                                                                                        |   |  |  | 年 月 日生 |       |   |      |      |     |   |
| 加入保険  | 記号・番号                                                                                                                                                                                                  |   |  |  |        |       |   |      |      |     |   |
|       | 保険者番号                                                                                                                                                                                                  |   |  |  |        |       |   |      | 付加給付 | 有・無 | 円 |
|       | 保険者名称                                                                                                                                                                                                  |   |  |  |        |       |   |      |      |     |   |
| 申請額   | 費用額                                                                                                                                                                                                    | 円 |  |  |        | 療養費   | 円 |      |      |     |   |
|       | 医療費                                                                                                                                                                                                    | 円 |  |  |        | 高額療養費 | 円 |      |      |     |   |
|       | 領収額                                                                                                                                                                                                    | 円 |  |  |        | 助成金   | 円 |      |      |     |   |
| 振込先   | 希望する振込先にチェックしてください。<br>( <input type="checkbox"/> 受給者のマイナンバーに登録された公金受取口座<br><input type="checkbox"/> 指定口座) への振込を希望する<br>※申請前後に公金受取口座を変更・登録抹消された場合、変更前の口座に振り込まれる場合があります。<br>※両方にチェックがある場合は、指定口座に振り込みます。 |   |  |  |        |       |   |      |      |     |   |
| 指定口座  | 銀行・信用金庫 店<br>農協・信用組合                                                                                                                                                                                   |   |  |  |        |       |   |      |      |     |   |
|       | フリガナ                                                                                                                                                                                                   |   |  |  |        |       |   | 口座番号 | 普・当  |     |   |
|       | 口座名義人                                                                                                                                                                                                  |   |  |  |        |       |   |      |      |     |   |

医療等の状況

|                |                                                                             |   |     |    |    |   |  |  |  |  |  |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|---|-----|----|----|---|--|--|--|--|--|
| 医療機関<br>所在地・名称 | <input type="checkbox"/> 別添のとおり・ <input type="checkbox"/> 所在地 ( )<br>名称 ( ) |   |     |    |    |   |  |  |  |  |  |
| 診療月            | 年 月                                                                         |   | 初診日 | 日  |    |   |  |  |  |  |  |
| 入院             | 日数                                                                          | 日 |     | 歯科 | 日数 | 日 |  |  |  |  |  |
|                | 点数                                                                          | 点 |     |    | 点数 | 点 |  |  |  |  |  |
| 入院外            | 日数                                                                          | 日 |     | 薬剤 | 日数 | 日 |  |  |  |  |  |
|                | 点数                                                                          | 点 |     |    | 点数 | 点 |  |  |  |  |  |