

様式第6号(第9条関係)

子どもの医療費助成申請書

年 月 日
-------

(あて先)神埼市長

申請者 (保護者)	住所			
	氏名	(子どもとの続柄 <span style="float: right;">印</span> ) Tel — —		
口座 振替先	金融機関	銀行		支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

下記の子どもに係る子どもの医療費を請求します。

記

受給者番号	.....			
子ども	ふりがな			生年月日
	氏名	男・女	年 月 日	
	住所			
保 険 診 療 額 領 収 証 明				
診 療 月	年 月 分 ( 日間 )		区分	入 院 ・ 入 院 外
保 険 診 療 総 点 数		点		
他 法 公 費 負 担 点 数		点		
保 険 診 療 一 部 負 担 金		円		
指定訪問看護の基本利用料		円 ( 日 )		
年 月 日				
(医療機関等) 所在地				
名 称				
代表者 <span style="float: right;">印</span>				