

様式第4号（第10条関係）

子ども医療費助成金給付申請書

令和 年 月 日

神崎町長 椿 等 様

申請者住所
(保護者) 氏名
電話番号

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ 子ども氏名		受給者番号	
生年月日	年月日生	保険種類	国保・社保
振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所
	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人		

◎上欄は必ず申請者が記入してください。また、医療内容の明細がわかる領収書を添付する場合は、下欄の医療機関の証明は必要としません。

医療機関証明欄			
診療月 (診療日数)	年月分 (日)	診療区分	入院・通院
保険診療 総点数	点	本人負担額 (保険内)	円
		食事療養費 本人負担額	円
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関所在地 名称 代表者氏名 電話番号			

※添付書類 ・子ども医療費助成受給券
・医療費領収書