

③ 子ども医療費助成申請書

記入例

受給資格証	資格証 記号・番号		加 入 保 険	被保険者 氏名	
	氏名	安来 太郎		保険証 記号番号	
子ども	氏名	安来 さくら	除	保険者名	
	生年月日	令和6年1月10日			
医療機関名	名称				

※ホームページ「払い戻し手続きに必要なもの」を必ずご確認ください。

医療内容	外のが 期 間	
------	------------	--

【郵送先】
〒692-8686 安来市安来町 878-2
安来市役所 市民課 保険年金係 宛
電話番号:0854-23-3084

申請額	金	円
内訳	本人支払額 (別紙領収書のとおり)	円
	控除額	円
	差引 (助成対象額)	円

上記のとおり申請します。
年 月 日

住所 安来市安来町 878-2
申請者 氏名 安来 花子
TEL 090-****-****
安来市長 様

※届出日をご記入ください

口座振込 依頼書	この支払金は、下記指定の預金口座へ振込み願います。		
	振込先口座をご記入ください	本店支店支所	代理店 出張所
	前回と同じ場合は、「前回と同じ」とご記入ください		
	普通預金 当座預金 口座番号	(フリガナ) 口座名義	