

子 子ども医療費助成申請書

受給資格証	資格証 記号・番号		加 入 保 険	被保険者 氏名	
	氏名			被保険者等 記号番号	
子ども	氏名		険	保険者名	
	生年月日				
医療機関名	名称				
	所在地				
医療内容	入院・入院 外の別	入院 ・ 入院外			
	期間	から まで			
<p>申請額 金 円</p> <p>内訳 本人支払額 円 (別紙領収書のとおり)</p> <p>控除額 円</p> <p>差引 円 (助成対象額)</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>TEL</p> <p>安来市長 様</p>					
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。				
	銀行	本店	代理店		
	信用金庫	支店			
	農協	支所	出張所		
	普通預金	(フリガナ)			
	当座預金	口座番号	口座名義		