

① 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	医療証に記載の番号	加入 保 険	被保険者 氏名
	氏名	安来 太郎		被保険者等 記号番号
子ども	氏名	安来 さくら	険	保険者名
	生年月日	令和7年4月10日		
医療機関名	名称			
	所在地			

※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	期 間	
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		

【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:0854-23-3087

年 月 日

※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。		
	銀行	本店	代理店
	支店	支店	出張所
	支所	支所	出張所
普通預金	前回と同じ場合は、「前回と同じ」とご記入ください	口座番号	口座名義

振込先口座をご記入ください

前回と同じ場合は、「前回と同じ」とご記入ください