

子育て支援医療費支給申請書

年 月 日

与謝野町長 様

申請者 住所 京都府与謝郡与謝野町字

氏名

電話 ()

申請額	金	円
-----	---	---

上記のとおり、年 月分の子育て支

援医療費の支給を申請します。

なお、申請内容の審査において、医療費等の確認が必要になる場合には、医療機関等に照会することに同意します。

医療費受給者証		加入医療保険	
負担者 番号		記号 番号	
受給者 番号		保険者 番号	
氏名		保険者 名称	
生年月日	平成・令和 年 月 日生		

支給決定額は、次の金融機関へ振り込んでください。

振込 口座	銀行 信用金庫 農協 本店・支店	普通・当座 No.	フリガナ	
			名義	

- 振込口座変更の場合は、必ず口座変更届を提出してください。
- 転居等住民基本台帳上異動があった場合は、お知らせください。

※ 積 算	総医療費 (点)	自己 負担額 A	高額 療養費 B	付加 付額 C	一部 負担 金 D	支給決定額 A-B-C-D
	円	円	円	円	円	円

注 ※欄以外は、申請者がすべて記入してください。