

第5号様式（第6条関係）

子ども医療費助成金支給申請書

年　月　日

香芝市長

住　　所

氏　　名

電　話　番　号

香芝市子ども医療費助成条例施行規則第6条第の規定により、
年　月分の助成金について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請金額　金　　円

受給者番号		受給者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
加入医療保険の名称		加入医療保険記号番号	

登録している口座に振り込んでください。

振込先	支払機関名		預金種別	口座番号
	銀行	支店	普通・当座・その他()	
	農協	店番	フリガナ	
	信金		口座名義人	

入院	次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。 所在地 医療機関等　名　称 氏　名　印			
	日数及び期間		総点数　自己負担支払額	
	日　　年　月　日～　年　月　日		点　　円	
医療等の状況	1	次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。 所在地 医療機関等　名　称 氏　名　印		
	2	次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。 所在地 医療機関等　名　称 氏　名　印		
	3	次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。 所在地 医療機関等　名　称 氏　名　印		