

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		□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			
医 療 等 の 状 況	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			
	外 来 等	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					
			日数		総点数		自己負担支払額	
		日		点		円		
		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					
			日数		総点数		自己負担支払額	
		日		点		円		
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							
	日数		総点数		自己負担支払額			
日		点		円				