

## 子ども医療費助成申請書

受給資格者	資格証号		加入保険	被保険者名	
	氏名				
助成対象子ども	氏名		加入保険	保険証番号	
	生年月日	年 月 日		保険者名	
受給期間					
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	年 月 日から 年 月 日まで			
振込先	金融機関名		口座番号	普・当	
	支店名		名義		
<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          差引 _____ 円          (助成対象額)</p> <p>上記のとおり申請します。          年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所          氏名          (助成対象子どもとの続柄： _____ )          電話番号 _____ - _____</p> <p style="text-align: left;">出雲市長 _____ 様</p>					