

小児医療費助成申請書

令和 年 月 日

（宛先）座間市長

次のとおり申請します。

また、医療費の助成の審査に必要な限度で、私の所得状況その他必要な情報を座間市の公簿等により確認することに同意します。

受給者番号								被保険者等氏名	
保険の種類	1 国保 5 日雇	2 組国 6 船員	3 協会 7 共済	4 組健 8 日鉄	保険証記号番号			記号	番号
保険者番号					保 険 者 名				
フリガナ 小児の氏名					生 年 月 日		平成 令和	年	月 日
申請の種類	1 一般 6 補装具	2 歯科 7 その他	3 薬剤	4 看護	5 移送				
入院・入院外の別	1 入院		2 入院外						
申請の理由	1 県外受診 4 償還払いの対象	2 医療証交付前の受診	3 入院医療費のみ対象	5 医療証を忘れた	6 その他（ ）				
振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協			支店名	支 店 出張所			
	フリガナ 口座名義人						1 普通預金 2 当座預金		
	口座番号								
申請者 （養育者）	住 所								
	氏 名								
	電 話 番 号								
配偶者	住 所								
	氏 名								

※申請者（養育者）とは対象小児を監護し生計を維持する者のうち、生計を維持する程度の高い者を言います。