

様式第4号(第6条関係)

綾部市子育て支援医療費支給申請書

年 月 日

綾部市長 様

申請者

住所

氏名

(電話番号 )

申請額	金	円
-----	---	---

上記のとおり 年 月分子育て支援医療費の支給を申請します。

受給者氏名		診療年月	年 月
生年月日	年 月 日		
医療を受けた 医療機関名		診療内容	一般(入院・外来) 歯科・調剤・装具・その他
医療受給者証	<input type="checkbox"/> 京都子育て支援医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 綾部市すこやか子ども医療費受給者証	受給者番号	
加入医療保険		記号番号	

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	フリガナ
			No.	口座名義

上記の医療費の受領を 委任します。

年 月 日

申請者

印

※ 決 裁			起 案		支給決定年月日	
			年 月 日		年 月 日	
※ 積 算	総医療費	自己負担額	高額療養費	附加給付額	一部負担金	支給決定額
	( 点) 円	A 円	B 円	C 円	D 円	A-B-C-D 円

※欄は、記入しないでください。