

綾部市子育て支援医療費支給申請書

年 月 日

綾部市長 様

住 所 綾部市

申請者 氏 名 _____ (印)
(Tel _____)

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 生 年 月 日	_____年 月 日	診 療 年 月	_____年 月
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	国保・国組・協会・共済 健保組合・日雇・船員	記 号 番 号	

支給決定額は、次の金融機関へ振込んでください。

振 込 口 座	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	普通・当座 No.	フリガナ _____名義
------------	------------------	----------	--------------	-----------------

上記の医療費の受領を _____ に委任します。
年 月 日

申請者 _____ (印)

※ 決 裁	課 長	担当長	担 当	起 案	支給決定年月日	
				_____年 月 日 起案者 _____ (印)	_____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。