

子ども 医療費助成金支給申請書

＜受給者＞ (医療機関で診療を受けた方)

フリガナ			生年月日	年 月 日		
氏名			個人番号			
住所 (建物名等)			市処理欄	宛名番号 受給者番号		

＜申請内容＞

申請の理由	<input type="checkbox"/> 協定外医療機関受診 <input type="checkbox"/> 受給者証交付前受診 <input type="checkbox"/> 受給者証を提示しなかったため <input type="checkbox"/> 負担区分変更のため <input type="checkbox"/> 特定疾患医療一部負担金 <input type="checkbox"/> 補装具購入一部負担金 <input type="checkbox"/> その他()					
月別	年 月分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他()					

＜申請者＞ (保護者)

北見市長 様 (申請日) 年 月 日
 子ども医療費の支給を受けたいので、領収書を添えて申請します。

フリガナ			生年月日	年 月 日		
氏名	署名		個人番号			
住所 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ (記入不要)		電話番号	- -		
			続柄	受給者から見て		

＜受取口座＞ (申請者の口座)

口座名義人	フリガナ					
郵便局の通帳に振込	通帳の記号			通帳の番号		
	1		0	-		1
銀行口座に振込			口座番号			
銀行・信金・労金		本店	<input type="checkbox"/> 普通			
信組・農協・漁協		支店	<input type="checkbox"/> 当座			

※やむをえず口座を利用できない場合

為替証書払い

窓口払い

市処理欄

北見市使用欄

負担区分		子初・子課 (年 月末までは初)								
区	入外	医療機関	診療年月	負担割合	診療報酬請求総点数	医療費	高額療養費(療養費等)	一部負担金		市助成決定額
			・	7・8 9				初課		
			・	7・8 9				初課		
			・	7・8 9				初課		
合計										

本人確認	添付書類	下記の通り決定してよろしいか。		
①番・免・パ・手帳 他()	<input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 支給決定通知書 <input type="checkbox"/> その他()	支給決定額		
②証・年金・児童・バス 社員・学生 他()	備考	円		
代理権確認手段 受給者証・保険証 障害者手帳・委任状 他()	高額 有・無 (国保・社保) 合算 有・無 (合算対象)	第4類		
		課長	係長	係

