

様式第1号(第5条関係)

子ども医療費助成申請書

平成 年 月 日

長浜市長 あて

申請者 〒

住所 長浜市 町 番 号

氏名 (印)

電話 ()

長浜市子ども医療費助成条例施行規則第5条の規定により申請します。
また、保険者から付加給付等を受けたときは、返還することを確約します。

助成申請額	金 円
入院年月	平成 年 月分
助成対象者氏名	生年月日 平成 年 月 日
保険者名	国保・政管・組合健保・共済 () 記号 番号
摘要	日本スポーツ振興センター災害共済給付 (ある ・ ない)
添付書類 1 医療機関が発行した領収書 2 家族療養費等支給決定通知書 3 2に代わる証明書	

【計算方法】

保険診療総点数 点

保険診療自己負担分 円

高額療養費 円

付加給付金 円

一部負担金 円

印欄は記入しないでください。

支払決定額	円
-------	---

払渡希望機関の 名称	銀行 農協 金庫	本店 店番 支店 支所 (普通・当座第 号)
	ふりがな 預金名義人	

受付 ()