

第5号様式（第11条関係）

子ども医療費支給申請書

年 月 日

(宛先) 江別市長

申請者 住 所  
氏 名  
個人番号  
電話番号

江別市子ども医療費助成条例第8条の規定による医療費の支給を申請します。

受給者	受給者証番号			医療保険 記号・番号		
	住 所					
	氏 名			生 年 月 日	年 月 日	
	個 人 番 号					
口座振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協 店				
	口座種類	普通 当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					

内訳

年	月	医療機関名	診療科	区分	年齢	課・初	枚数	受給者支払額	初診	一部負担金	支給決定額
							枚	円		円	円
合計											

(備考)	(受付印)	(検 印)
------	-------	-------