第５号様式（第１１条関係）

記　載　例

子ども医療費支給申請書

令和○○年○○月○○日

（宛先）江別市長

申請者は父または母を記入し、振込先口座の名義人は同じ方を記入してください。

申請者　住　　所　江別市高砂町６番地
氏　　名　江別　太郎
個人番号　0000　1111　2222
電話番号　011-123-4567

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	5000000	医療保険記号・番号	江別市国保 江別　0123456
	住所	江別市高砂町６番地		
	氏名	江別　花子	生年月日	令和××年××月××日
	個人番号	3333　4444　5555		
口座振込先	金融機関名	江別　（銀行）・信金・信組・農協　高砂　店		
	口座種類	（普通）・当座	口座番号	△△△△×××
	フリガナ	エベツ　タロウ		
	口座名義人	江別　太郎		

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											

記　入　不　要

（備考）	（受付印）	（検　印）