

(様式第6号)

綾町子ども医療費助成申請書

年 月 日

綾町長 様

申請者 (保護者)	住所		
	氏名	(続柄)	印
口座振替先	金融機関	銀行 支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	口座名義人		

下記の子どもに係る子ども医療費を請求します。

記

受給者番号			
子ども	ふりがな		男・女
	氏名		
	住所		
保険診療額領収証明			
診療月	年 月分( 日間)	区分	入院・入院外
保険診療総点数			点
他法公費負担点数			点
保険診療一部負担金			円
指定訪問看護の基本利用料			円( 日)
年 月 日		(医療機関等)所在地 名称 代表者	印