

記入例

受給者番号 0 △ △ △ △ △ △

子ども医療費支給申請書(一部自己負担額償還申請書・子ども標準負担額助成申請書)及び口座振替依頼書

令和 元 年 〇 月 〇 日

守口市長 殿

消える
ボールペンは
使用しないで
ください

住所 守口市京阪本通 2-5-5

申請者 氏名 守口 太郎

(保護者) 電話 (〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

続柄(父)

次のとおり子ども医療費の支給を保険証・明細書・領収書を添えて申請しますので、口座振替によって支払ってください。

なお、支給の決定に際し、医療機関・保険者・他の公費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。

受診者 (子ども)	フリガナ	モリグチ ハナコ		生年月日	
	氏名	守口 花子		平成	令和 30 年 3 月 1 日生
助成申請額	1,800			預金種別	該当するものを選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください。
					<input checked="" type="checkbox"/> 普通
口座振替	守口市会計管理者 殿				
	振込先	〇〇〇	銀行	信用金庫・信用組合	〇〇〇
	フリガナ	モリグチ タロウ		口座番号	〇〇〇〇〇〇〇
	口座名義人	守口 太郎			

助成申請額は、わからない場合、記入不要です。

※ この申請書は1医療機関1ヶ月分の診療につき1枚提出してください。

※ 申請者と口座名義は同一人となるように記入してください。

守口市処理欄

以下は、守口市で記入しますので、記入しないでください。

申	以下、記入不要です。				他
医					円
診					円
					円
備考	確認	入力	支給決定額		
一部自己負担額 1日	円+2日	円=	円		
460× 食=	円	160円× 食=	円		円
260× 食=	円	100円× 食=	円		円
210× 食=	円				