

子ども医療費支給申請書

受給者番号		医療を受けた者の氏名	
医療機関名			
医療機関の所在地			
入院・入院外の別	入院 入院外		
医療を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		
医療に要した費用額	円		
給付を受けることのできなかつた理由			
備考			

上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します

年 月 日

届出人 住 所
氏 名 ④
口 座 銀行名
支店名
口座種別
口座番号
フリガナ
口座名義

設 楽 町 長 殿