

様式第4(第5条関係)

子ども医療費支給申請書

受給者証番号		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			
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			
給付を受けることのできなかった理由			
備考	証明書、領収書を添付すること。		

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
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