

第4号様式（第4条関係）

鴨川市子ども医療費助成金給付申請書

年 月 日

（宛て）

鴨川市長

申請者 住所  
氏名 ㊟  
電話 ( )

鴨川市子ども医療費の助成に関する条例第8条第3項の規定により、次のとおり申請します。

受給者番号				保護者				
子ども氏名	続柄： 性別： 年 月 日生							
住所	電話							
被保険者氏名	性別： 年 月 日生							
保険者番号	記号			番号				
種別					保険有効日			
保険者					保険喪失日			
傷病	傷病名						給付の種類	1 医科
	療養期間	年 月 日から	年 月 日まで			2 歯科		3 調剤
							4 その他	
医療機関	所在地 名称							
申請理由 〔該当番号を○で 囲む〕	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の保険医療機関等で受診した 3 その他 ( )							
療養に要した費用	医療費総額 円				申請額 円			
総医療費	保険者負担	一部負担金	高額療養費	他法負担	自己負担額	違算	支給決定額	

振込先	金融機関名	銀行			支店		
	口座番号	1 普通 2 当座	フリガナ	口座名義人			