

様式第5号（第5条関係）

子ども医療費助成申請（請求）書

年 月 日

（宛先）えびの市長

申請（請求）者 （保護者）	住所			
	氏名	印 (子どもとの続柄)		
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助成金を申請（請求）します。

記

受給者番号				
子 ど も	ふりがな			男・女
	氏名			生年月日 年 月 日
	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