

子ども入院医療費助成申請書

(宛先)

桑名市長

年 月 日

〒 ー

住 所

保護者氏名

(申請者)

電話番号

印

次のとおり診療を受けましたので、桑名市福祉医療費の助成に関する条例施行規則第8条により関係書類を添えて申請します。

また、医療費助成に関する所得状況等の調査に同意します。

対象者	フリガナ							性別	男・女
	氏名							生年月日	
	住所	桑名市						個人番号	
保護者		氏名	(年 月 日)				個人番号		
配偶者・扶養義務者		氏名	(年 月 日)				個人番号		
健康保険	名称	保険者番号				記号			
					番号				
被保険者氏名						個人番号			
振込口座	銀行	本店	種別	口座番号			名義人		
	信用金庫	支店	普通						
		農協	出張所						

受診状況	診療月	年 月	医療機関名	
	入院日数	日	保険診療点数	点
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 交通事故によるもの <input type="checkbox"/> 交通事故によらないもの (当てはまるほうにレ)		
備考	<input type="checkbox"/> 日本スポーツ振興センター災害共済給付の適用外である			

所得判定	可・否	受給者番号	受付印	受付者
所得区分	・上位(ア・イ) ・一般(ウ・エ) ・低所得(オ)			