

申請する年月日を記入してください。

三沢市子ども医療費給付申請書

令和 3 年 3 月 15 日

保護者の情報を記入してください。基本的に、**保険証の扶養者**が保護者となります。電話番号は、日中連絡のつく番号で、可能な限り、父と母など、番号を2つ記入して頂けると幸いです。

太枠内をご記入ください。

お子様の情報を記入してください。生年月日は、西暦でも和暦でもどちらでも構いません。

保護者住所	三沢市桜町1丁目1-38		
保護者氏名	三沢 太郎		
電話番号	080-1234-1234		
資格証番号	三沢市第	号	
有効期限	年	月	日

三沢市子ども医療費給付条例第7条の規定による 年 月分医療費の給付を申請します。

対象者氏名	生年月日
三沢 次郎	令和3年3月1日

金融機関名	青森 <small>銀行・農協 信金・信組</small>
支店名	三沢 支店()
預金種目	① 普通 2 当座
口座名義人(カタカナ)	ミサワ タロウ
口座番号	9 8 7 6 5 4 3

加入保険	国保	協会	組合	共済	その他
給付	扶養者(保護者)の口座を記入してください。				
口座登録	有	無			

医療機関証明欄	保険診療 総点数 (入院食事療養費を除く)	入院	点	他方負担	点	一部負担受領額	
		外来	点			点	円
		点(円)					
上記の一部負担金を受領したことを証明する。 医療機関等の所在地・名称 開設者氏名 印							

一部負担額 A	申請書1枚につき、受診月1ヶ月分の申請となります。	
入件	【例】受診した月が3ヶ月分→申請書3枚	
外件		
調件		
装件		
計	計	給付対象外 E