

様式第5号(第6条関係)

さいきっ子医療費助成金交付申請書

平成 年 月 日

佐伯市長 様

次のとおり、さいきっ子医療費の助成金の交付を申請します。

申請者 (保護者)	住所	郵便番号 佐伯市	電話
	フリガナ 氏名	(児童との続柄)	

受給者番号							
児 童	フリガナ			男・女	生年月日		
	氏名				H 年 月 日		
	住所	佐伯市					
保 険 証	被保険者名又は世帯主の氏名						
	保険者名・保険者番号						

口 座 振 替 先	前回と同じ				
	金融機関				店
	預金種別	普通・定期	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

次の「保険診療額領収証明」は、受診等をした保険医療機関等に記載してもらってください。なお、この証明は、当該保険医療機関等が発行した領収書の写しの添付に代えることができます。

保 険 診 療 額 領 収 証 明				
診療月	平成 年 月分 (日から 日まで 日間)	区	入院・入院外	
保険診療総点数	点	分	歯科・調剤・その他	
他方公費負担点数	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)			
平成 年 月 日				
(保険医療機関等) 所在地				
名称				
代表者				
印				

支給決定額	円
-------	---