

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

年 月 日

佐伯市長 様

申請者 (保護者)	住所	郵便番号 — 電話
	氏名	(子どもとの続柄)

次のとおりさいきっ子医療費の助成金を請求します。

受給者番号							
子ども	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年	月	日
	住所						
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						
	附加給付	有 ・ 無					
口座振替先	金融機関						
	預金種別	普通・定期	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義人						

保険診療額領収証明			
診療月	年 月分(日から 日まで)	区分	入院・入院外
保険診療総点数	点		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)
年 月 日 (保険医療機関等)所在地 名 称 代表者			

支給決定額	円
-------	---