

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 ー 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
-------	---