

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	〒 ー (電話番号： ー ー)
	氏名	(続柄：子の)

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	(申請者と住所が異なる場合のみ記入)			
医療保険	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			
振込口座	金融機関	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通・定期	口座番号		
	口座名義人 (カタカナ)				

保険診療額領収証明				
診療月	年 月分 (日から 日まで) (日間)		区分	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)		
上記のとおり証明します。 (保険医療機関等) 所在地 名称 代表者 年 月 日 印				

支給決定額	円
-------	---