|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　様式第５号 | 受給者証記号番号 | **３** | **５** | **０** |  |  |  |  |  |  |
| **子ども医療費支給申請書**　　年　　月　　日　　蟹　江　町　長　殿住所受給者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　番 |
| 保険証の記号番号 |  |  | 保険者名 |  | 家族療養費附加金の有無 | 有・無 |
| 番号 |
| 子ども氏名 |  | 男・女 | 傷病名 |  |
| 生年月日 | 平・令　　　年　　月　　日 |
| 通院区分 | 入　院・入 院 外 | 療養期間 | 令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで |
| 医療機関 | 所 在 地名　　称 |
| 医療費総額 |  | 点 |
| 申請額 |  | 円 |
| 支払方法 | 　①口座振替　　　　　銀行　　　　　店　　　　・普通　　　　・当座　　　　口座番号　　　　　　　　　　　口座名義人　　　　　　　　　　　（ﾌﾘｶﾞﾅ　　　　　　　　　　　） |
| 申請理由 |  |