

記入例

第5号様式（第7条関係）

受給者番号	1234567890
受付年月日	

子ども医療費助成申請書（ 年 月診療分）
令和 元年 0 月 × 日

(宛先) 沼津市長
住所 沼津市御幸町16番1号

申請書を記入する方
申請者 氏名 沼津 太郎 (※署名又は記名押印)
電話 055-934-4827

次のとおり申請します。なお、この申請に関し、医療機関、保険者、学校及び国又は地方公共団体に対し必要な情報を市が調査することについて同意します。

受診した こどもの名前	受診者	氏名	沼津 花子 (申請者との続柄 子)	金融機関名	〇△□ 銀行 信用金庫 農協
	生年月日	平成 元年 5 月 1 日 (0 歳) 令和	口座	店名	〇△□ 本店 支店
保険証の写し を添付するた め省略	加入保険	記号番号		預金種別	普通 当座 その他 ()
		被保険者氏名		口座番号	1234567
		保険者名		口座名義	ヌマツ タロウ 沼津 太郎
ありの場合 は該当する ものに〇	他の医療費助成	あり/なし ありの場合は下記の該当するものに〇		労働者災害補償保険の適用	あり/なし
		母子家庭等医療/自立支援医療(育成医療)/ 小児慢性特定疾病医療/未熟児療育医療/ 特定医療費(指定難病) その他 ()		学校管理下でのケガ等の有無 または交通事故等による第三 者からの損害賠償の有無	あり/なし

	日数	総医療費 A	保険者負担額 B	学校管理下のケガ等により日本スポーツ振興センターから災害共済給付の支給を受ける場合は払い戻しできません。
入院 通院				
保険診療による自己負担額 D=A-B-C		食事療養費 標準負担額 E	支給決定額 G=D+E	
備考	他月(入院 通院) 兄弟姉妹 徴収額(小慢 自立 特定 障害) 装具			

(注) 太線の中を記入してください。