様式第４号（第４条関係）

子ども医療費助成金申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号・番号 |  | 受給者証番　　号 | 水市－ |
| 保険者名 |  | 附加給付の 有 無 |  |
| 保険者番号 |  | 保 険 者負担割合 | 　　割 | 附　加給付額 | 　　　　　　円 |
| 扶 養 者（被保険者） |  | フリガナ子の氏名 |  | （性別）　男 ・ 女　　年　　月　　日生 |
| 領収書添付 |  |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種別 | 普 通 ・ 当 座その他(　　　) | 口座番号 |  | フリガナ口座名義人 |  |
| 上記のとおり領収書を添えて申請します。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　申請者（保護者）　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　水俣市長　　様　　　　　　　　　（日中に連絡が取れる番号を記載してください） |
| 助成決定に関する事項（※これ以降は記入しないでください） |
| 医療総点数(A) | 点 | 一部負担金額(B) | 円 | 附加給付金額等(C) | 円 |
| 助成の停　止 | 条例第７条第１・２・３号 | 差引一部負担金(B-C) | 円 | 助　成決定額 | 円 |