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 |