

子ども医療費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先)静岡市長

住 所
申請者 フリガナ
氏 名
電 話() —

子ども医療費助成金の支給を受けたいので、静岡市子ども医療費助成規則第8条第3項(第4項)の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請に関し、医療機関及び保険者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。

子ども	受給者番号	.....	被保険者証	記号	.....	番号	.....
	フリガナ	.....	保険者名称	.....		
	氏名	.....	被保険者名	.....		
	生年月日	年 月 日	上記保険で同月内に診療を受けた家族の有無(当該子ども除く。)	有 ・ 無			
	受診時年齢	歳	高額療養費・付加給付の有無	有無	(単独・合算・多数)		
傷病名	交通事故・学校内での怪我等による第三者からの損害賠償の有無			有 ・ 無			
入院期間	年 月 日 から 日 まで					日	
通院日	年 月(日 日 日 日 日)					回	

※申請書は、1ヶ月単位で作成してください。(1回の入院でも月をまたぐ場合は、月数分の申請書が必要となります。)

振込口座	金融機関名	.....	※	.....	支店名	.....	※	.....
	口座種別	1 普通	2 当座	口座番号	.....		
	口座名義(カナ)	.....					

※太枠内は、申請者が記入してください。

※振込口座名義者は、申請者と同一名でお願いします。

助成金控除額	500円×	回 =	円
--------	-------	-----	---

種 別	入 院	通 院	入 院 公 費	通 院 公 費
医療機関納付額	円	円	円	円
給付金額	円	円	円	円
助成金控除額	円	円	円	円
助成金額	円	円	円	円

チェック欄	押印	口座	保険証	母子等	その他
