

子ども医療費助成金支給申請書

（宛先）静岡市長

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。

申 請 日		年 月 日		受給者番号		:		:		:		:	
子 ど も	フリガナ												
	氏 名												
	生年月日			受診時年齢								歳	
申 請 者	住 所												
	フリガナ												
	氏 名												
	電話番号			子どもとの 続 柄									
医 加 療 保 険 入	保険者名称			被保険者名									
	記 号			番 号									
振 込 口 座	金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協	金融機関コード	支 店 名	支 店 支 所 出 張 所	支 店 コー ド							
	口座種別		普通			口座番号							
	口座名義 (カナ)												
申 請 事 由	1. 他公費負担（例：小児慢性、指定難病、自立支援等） 2. その他（例：時間外受診、県外受診、受給者証未提示、補装具作成等）												
学校（園）管理下での怪我等で、日本スポーツ振興センターからの災害共済給付を受けますか。										はい・いいえ			
交通事故などの第三者行為による怪我等で、損害賠償を受けますか。										はい・いいえ			
今回申請の診療月に対する保険者からの高額療養費や付加給付の支給がありますか。										はい・いいえ			
※はいの場合（該当するものに○） 単独・世帯合算・多数回・付加給付													
入 院 期 間	年 月 日 から 日まで										日		
通 院 日	年 月 (日 日 日 日 日)										回		

（注）

- 1 申請書は1か月ごとに作成してください（1回の入院でも月をまたぐ場合は、月ごとの申請書が必要となります。）。
- 2 振込口座名義者は、申請者と同一名でお願いします。