第１号様式（第４条関係）

子ども医療費助成申請書

令和　　年　　月　　日

葉山町長　殿

住所　葉山町

（申請者）　氏名

電話　　（　　）

次のとおり、子ども医療費の助成を申請します。

対象子ども	フリガナ		受給者番号	８
	氏　　名		生年月日	平成・令和　　年　　月　　日
	住　　所	□申請者と同じ　　□申請者と別（葉山町　　）		
加入保険	保険の種類	国保　・　国保組合　・　健康保険組合　・　協会けんぽ　・　共済組合　・　その他		
	被保険者氏　　名		記号・番号	（記号）　（番号）
	保険者名		資格取得日	平成・令和　　年　　月　　日
	保険者番号			
診療期間		令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日		
医療機関名称及び所在地		領収書のとおり	入院・入院外区分	入院　・　入院外
診療科目		医科　・　歯科　・　調剤　・　柔整　・　補装具　・　その他（　　）		
申請理由		１．県外での受診　　２．医療証交付前の受診　　３．県外国保加入 ４．医療機関等での加入保険情報等未確認　　５．その他（　　）		
医療費総額		円	助成申請額	円
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 金融機関コード	支店名	本店 支店 本・支店コード
	口座種別	普通　・　当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義人	