

こども医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

島田市長

住所

申請者 氏名

電話番号（ ）-（ ）-（ ）

こども医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者番号						
受診者	ふりがな			加入医療保険	記号	番号
	氏名					
	生年月日			保険者名		
	申請者との続柄					
振込先	金融機関名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義人 (カタカナ)	
受診期間	年 月 ~ 年 月					

(注) 領収書その他受診した医療に係る医療費を支払ったことが分かる書類の原本を提出してください。

受付	書類確認	入力	入力確認