

(乳) **子ども医療費助成申請書**

受給資格者	資格証 記号番号		加入 医療 保険	被保険者氏名	
	氏名			保険証記号番号	<b>別紙のとおり</b>
子ども	氏名			保険者名	
	生年月日	年 月 日			
医療機関名	名称				
	所在地	<b>別紙領収書のとおり</b>			
医療内容	入院・入院外の別	入 院 ・ 入 院 外			
	期 間	年 月 日 から 年 月 日まで			

申請額 金 \_\_\_\_\_ 円

内 訳 本人支払額 \_\_\_\_\_ 円

(別紙領収書のとおり)

控除額 \_\_\_\_\_ 円

差 引 \_\_\_\_\_ 円

(助成対象額)

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所

申請者

氏名

(あて先) 松江市長