

様式第4号（第6条関係）

子ども医療費支給申請書

受給者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
住所			電話番号	
医療保険の加入状況	被保険者、組合員 又は世帯主の氏名		被保険者、組合員又 は世帯主との続柄	
	被保険者、組合員 又は世帯主の住所		保険者の名称・保険 者番号	
	被保険者証又は組 合員証の記号番号		保険者の所在地	
保険診療総点数	点		備考	
入院・外来の別	入院・外来		年 月 日生（歳）	
歯科・調剤	歯科・調剤			
食事療養費				
精神医療（通院）				
その他	補装具・柔整・（鍼・灸）			
支給額	円			
医療機関名				
所在地				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>日高川町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p>				

子ども医療費を次の口座に振り込んで下さい。

振込金融機関	口座番号	口座名義人
銀行 信用金庫 農協	普通・当座	フリガナ
	支店 支所	