

子ども医療費助成金交付申請書

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(受給者)住所.....岡崎市十王町2丁目9番地.....

氏名.....岡崎 太郎.....印

(電話 局 番)

次のとおりですので、子ども医療費助成金を交付してください。

受給者証の番号	<u>391111111</u>	子どもの氏名	<u>岡崎 花</u>
申請区分	<u>医科</u> (入・外)・歯科・調剤・柔整・鍼灸・看護料・治療用装具・その他()		
診療を受け始めた年月日	平成 年 月 日		
保険給付区分	[国保(退職) 世帯主・世帯員]	[<u>社保等</u> 被保険者・家族]	
子ども医療費助成金振込口座	銀行 <u>信用金庫</u> 支店 農業協同組合		
金融機関コード		口座種別	<u>1</u> 普通 ・ 2 当座
口座名義(カナ)	<u>オカザキ タロウ</u>	口座番号	<u>0 8 8 8 8 8 8</u>

注 この申請書には、「領収書」を添付してください。

保険者番号									
記号番号									
個人コード									
取得日	年		月		日				
変更月	年		月		受付				
喪失日	年		月		日				
区分	県費				市費				