

様式第6号の4（第6条関係）

| | | | | | |
|--|-------|------|--------------|-------|--|
| 子ども医療費助成申請書（「療養費の支給」「一部負担金」の助成用） | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 小千谷市長 あて | | | | | |
| 申請者 住所 氏名 電話番号 | | | | | |
| 下記のとおり 金 円 の医療費の助成を申請します。 | | | | | |
| 受給者番号 | | | 保険者名 | | |
| 受給者氏名 | | | 記号・番号 | | |
| 受療者氏名 (子ども) | | | 被保険者氏名 | | |
| 振込指定金融機関 | | 口座番号 | 普通・当座 No. | 口座名義人 | |
| ※ | 他法負担額 | | 一部負担額 | 決定額 | |

注1 ※印欄は記入しないでください。

2 「療養費の支給」による助成申請の場合は、保険者からの支給を証する書類を添付して申請してください。

3 「一部負担金」の助成申請の場合は、その事由を証する書類を添付して申請してください。