

様式第2号(第5条関係)

<p>子育て支援医療費支給申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>南丹市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 南丹市 氏 名 電話番号</p> <p style="text-align: center;">申請額 _____ 円</p> <p>次のとおり 年 月分の医療費の支給を申請します。</p>				
受給者氏名		生年月日	年 月 日	受給者番号
加入医療 保険者名		被保険者証 の記号番号		
医療を受けた 病院等		医療を受け た期間	入院、入院外 日間	◆確認
医療に要した費用		円		

支給決定額は、次の金融機関へ振り込んでください。

振込 口座	銀行 信用金庫 農協	支店	普通 当座	口座 番号	フリガナ
					名 義

◆ 決 定	病院等で 支払った額	一部負担金	保険者給付額 (高額療養費・ 療養費)	附加給付額	支給決定額
	a	b	c	d	a-b-c-d

- 1 ◆欄以外は申請者がすべて記入してください。
- 2 申請書には領収書を添付してください。
- 3 高額療養費・療養費・附加給付金支給証明書は保険者に証明をうけてください。
- 4 申請書は子育て支援課又はお近くの各支所へ提出してください。