

受付日
受付番号

医療費助成申請書(及び口座振込依頼書)

摂津市長 様

申請者は保護者です
システムから確認して下さい

申請者 住所 **摂津市三島1-1-1**
氏名 **摂津 太郎**
受給(対象)者との続柄(**父**)
電話番号 **090 - 0000 - 4444(母携帯)**

次のとおり、医療費の助成を申請します。
なお、支給決定金額を下記口座に振り込んでください。

受給(対象)者記入欄	医療助成の別	☐ 老人 ☐ 子ども ☐ ひとり親 ☐ 重度障害者													
	申請理由	☐ 他府県 ☐ 発行前 ☐ その他()													
	フリガナ							受給(対象)者番号							
	受給(対象)者氏名							生年月日	年 月 日						
	医療保険の加入状況	記号							番号						
		被保険者氏名							続柄						
		医療保険名称							保険者番号						
		医療保険の所在地							TEL	— —					
		負担割合	割 附加給付 有・無 限度額適用認定証 有()・無												
	振込先	金融機関名							支店名						
口座番号								種目	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄 ☐ その他()						
コウザメイギ(※カナで記入してください)															
助成申請額		円													



保険医療機関等記入欄	傷病名(記入しがたい場合は不要)												入院・入院外		
	振込先が空欄の場合は、申請者名義の口座を記入する必要があります。 口座が分からない場合は、児童手当登録の口座でも良いか確認してください。 児童手当と別口座の登録を希望される場合は、書類を一式返却し、記入の上提出するように案内してください。 ※公務員の場合は、職場から児童手当受給しているため、必ず記入してもらうこと！														
保険医療機関等		名称 氏名 電話番号												印	

- 注意
- 1 保険医療機関等が発行した領収書があるときは、保険医療機関等記入欄の記入は不要です。
 - 2 保険診療分のみ1か月ごとに月単位で診療区分別に記入してください。
 - 3 診療区分は、該当事項に○をつけてください。