

様式第8号(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)									
令和 年 月 日									
魚沼市教育委員会 様					〒 ー				
次のとおり金 円の医療費の助成を申請します。					申請者 住所 魚沼市 (受給者) 氏名 電話番号				
受給者証番号					保険者名				
受給者氏名					記号・番号				
受療者氏名					被保険者氏名				
個人番号									
振込指定機関	銀行・農協 信組・金庫			支店 支所	口座 番号	普通・当座	フリガナ 口座名義人		
※ 他方負担額				一部負担額			決定額	円	

- (注)1 ※印欄は記入しないこと。
- 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すること。
- 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すること。