

富津市子ども医療費助成金給付申請書

窓口に来た日

〇年 〇月 〇日

富津市長 様

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住 所 富津市×××××番地

電話番号 ××××-××-××××

氏 名 富津 一郎 富津 印

子ども医療費の助成を受けたいので、下記のとおり富津市子ども医療費助成金の給付を申請します。

記

申請する領収書の枚数
(領収書枚数： 枚)

子ども氏名	富津 花子		
生 年 月 日	平成〇年 〇 月 〇 日	学年	年生
公費負担者番号	受給券に記載されている公費負担者番号 (例) 83131780		
加入医療保険	名 称	〇〇〇〇健康組合	
	記号・番号	×××××	×××××
	附 加 給 付	無・有 自己負担限度額 円 (円未満切捨て)	
振 込 口 座	金融機関名	〇〇〇 銀行・金庫・組合・農協	
	支 店 名	〇〇 支店・本	普通 ・ 当座
	口 座 番 号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	(カタカナ) 口座名義人	フツツ イチロウ	

注

- 1 医療費の助成に必要な領収書を添付してください。
- 2 申請時に保険証を提示してください。