

令和 年 月 日

弘前市長 様

(申請者)

住 所 弘前市大字

氏 名 ※

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

電 話 ()

弘前市子ども医療費給付申請書

弘前市子ども医療費給付条例第7条第1項の規定に基づき医療費の給付を受けたいので、同項の規定により申請します。

給付対象者			生年月日	平成 年 月 日 令和			
保険種別			受給資格番号				
振込先口座	銀行 ()	支店	普通貯蓄	店番	口座番号		
口座名義人 (カナ)							

医療機関等証明欄	診療年月	令和 年 月 診療分	診療区分	1 入院	3 歯科外来	6 歯科入院
	診療日数	日	保険診療点数	2 医科外来	4 調剤	10 その他
	診療科	科	一部負担受領額	点		
	上記の一部負担金を受領したことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関コード ----- 医療機関等所在地・名称 開設者氏名			円		
			印			

計算欄	一部負担額	高額療養費	附加給付金	受給者負担額	給付決定額
	A	B	C	D	A - B - C - D

(担当及び提出先：健康子ども部子ども家庭課)