

## むつ市子ども医療費給付申請書

（あて先）むつ市長

むつ市子ども医療費給付条例第6条第1項（第2項）の規定によりむつ市子ども医療費の給付を下記のとおり申請します。

申請日		年 月 日										
子ども	受給資格番号											
	フリガナ									生年 月日	年 月 日	
	氏名											
	住所											
	加入保険	保険者番号										
保険者名称												
記号・番号												
保護者 (申請者)	氏名											
	振込口座	金融機関名					店名					
		金融機関番号					店番号					
		口座番号		普通・当座								
		フリガナ										
		口座名義										
連絡先電話番号		(子どもの父・母・自宅・)										

受診年月	領収書枚数	受診年月	領収書枚数	受診年月	領収書枚数
年 月	枚	年 月	枚	年 月	枚
年 月	枚	年 月	枚	年 月	枚
年 月	枚	年 月	枚	年 月	枚
年 月	枚	年 月	枚	年 月	枚

領収書が添付できない場合は、こちらへ証明を受けてください。

保険医療機関証明欄	保険医療 総点数	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	点(円)	公費	有・無	一部負担 受領額	円
	年 月分として上記のとおり受領したことを証明する。  年 月 日  医療機関等の 所在地・名称 院長 氏名						