子育て支援医療費助成　支給申請書

３歳未満 ・ 就学前 ・ 小学生 ・ 中学生		医療を受けた方の氏名・生年月日	（ Ｈ・Ｒ　．　．　生）
受給者番号			
申請区分	１．取扱外医療機関受診（ 外来 ・ 入院 ） ２．療養費（ 装具 ・ 一般診療 ） ３．小学生時間外受診 ４．中学生　外来高額 ５．その他（　　）	健康保険の種類	国保 ・ 国組 ・ 政 ・ 組 ・ 共
		保険者番号	
		記号番号	
保険者からの付加給付	無 ・ 有	負傷・疾病の発生場所	学校以外 ・ 学校

振込口座	（フリガナ） 口座名義	金融機関名	種別	口座番号
		銀行 農協　本店 信用金庫　支店 金庫	普通 当座	
	☐ 前回と同じ口座への振込を希望（『✔』をいれてください）			

下記の通り、医療費の支給を申請します。
なお、この申請に関する事で、舞鶴市が医療機関等に確認すること、また必要があれば、
災害共済給付制度申請の有無を教育委員会に確認する事に同意します。

＜申請者（保護者）＞

令和　　年　　月　　日　　住所（〒　　－　　）
舞鶴市

舞　鶴　市　長　様

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日中の連絡先（自宅・職場・携帯）☎　　（　　）

医療機関名	年月	日数	区分	点数	総医療費	点数 × 割数	領収額	附加給付	一部負担金	支給額
	／		入・外 その他 歯・調							
	／		入・外 その他 歯・調							
	／		入・外 その他 歯・調							
	／		入・外 その他 歯・調							
	／		入・外 その他 歯・調							
	／		入・外 その他 歯・調							
	／		入・外 その他 歯・調							