

子育て支援医療費助成 支給申請書

受給者番号							対象者		氏名		
申請内容 1. 府外受診（入院・外来） 2. 療養費（装具・一般診療） 3. その他（証未提示・証交付前受診 中学生外来高額・）							生年月日		（H・R . .）		
							保険者番号				
							保険種別		国保・国組・政・組・共		
							記号番号				
負傷・疾病の発生場所		（学校・幼稚園や保育所・その他）					保険者からの付加給付（無・有）				
振込口座	口座名義		金融機関名					種別	口座番号		
	(カナ)		銀行 農協 信用金庫 金庫					本店	普通		
	(漢字)							支店	当座		
	☐ 前回と同じ口座への振込を希望（『✓』をいれてください）										
下記のとおり、医療費の支給を申請します。											
令和 年 月 日 <申請者（保護者）> 舞鶴市長様 住所（〒 舞鶴市 氏名 連絡先 ☎ （ ） （自宅・携帯） ※日中に連絡のつきやすい番号を記入してください。											
医療機関名	年月	日数	区分	点数	総医療費	点数×割合	領収額	付加給付	一部負担金	支給額	
	/		入・外 他 歯・調								
	/		入・外 他 歯・調								
	/		入・外 他 歯・調								
	/		入・外 他 歯・調								
	/		入・外 他 歯・調								
	/		入・外 他 歯・調								
	/		入・外 他 歯・調								
	/		入・外 他 歯・調								
	/		入・外 他 歯・調								

☐ 領収証の返却を希望（『✓』をいれてください）