

別記様式第1号（第4条関係）

子ども医療費助成申請書			
			年 月 日
近江八幡市長 あて		〒 住所 申請者 氏名 印 (TEL)	
<p>近江八幡市子ども医療費助成条例施行規則第4条の規定により、医療費の助成をされたく申請します。</p> <p>なお、保険者から高額療養費・附加給付等を受けたときは、返還することを確約します。</p>			
入院年月 通院年月	年 月分（小・中 学年）		
該 当 者	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	男・女 歳	
	個 人 番 号		
加入医療保険	記号 / 番号		
	被保険者名 (保険本人)		
	保険者取得日		
	保険者番号		
	保険者の名称		
摘 要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高額療養費支給（有 ・ 無）</li> <li>・附加給付金支給（有 ・ 無）</li> <li>・日本スポーツ振興センター災害共済給付（ある ・ ない）</li> <li>・他の医療費助成制度利用（ある ・ ない）</li> </ul>		
払 渡 指 定 金 融 機 関	金融機関名	支店名	預 金 種 別
			普 通
	フリガナ		
	口座名義人	印	
自己負担額	高額療養費	附加給付等	支払決定額
入院 通院	件（日間） 月分	備 考	