口座振込先
1　銀行名 ＿＿＿＿＿＿＿銀行＿＿＿＿＿＿支店
2　口座番号 当座 普通 ＿＿＿＿＿＿＿＿
ふりがな
3　口座名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

子ども・独自　　医療費支給申請書
ひとり親家庭等

年　　月　　日

小郡市長　殿

申請者
住　　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

☐ 当該申請に関して小郡市が住民基本台帳及び市町村民税に係る情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。

受給者番号			被保険者証の記号・番号		
受給者氏名		(　　年　　月　　日生)	被保険者の氏名		
生計維持者	氏名	子どもとの続柄（　　）	個人番号		
	住所				
療養期間		年　　月　　日～　　年　　月　　日			
医療機関		所在地 名　称			
医療費総額		円	申請額		円

費用額	保険者負担分	一部負担金	結予等負担分	その他の負担分	控除額			支給額
					初診料	往診料控除額	その他の控除額	