

子ども医療費給付申請書

年 月 日

七尾市長 宛

子ども医療費の給付を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請します。

申請者 (保護者)	氏名	(電話番号)
	住所	

対象者 (子ども)	1	ふりがな 氏名		受給資格者番号								
		生年月日	年 月 日	1. 乳幼児	2. 小中学生	3. 高校生						
	2	ふりがな 氏名		受給資格者番号								
		生年月日	年 月 日	1. 乳幼児	2. 小中学生	3. 高校生						
	3	ふりがな 氏名		受給資格者番号								
		生年月日	年 月 日	1. 乳幼児	2. 小中学生	3. 高校生						
	4	ふりがな 氏名		受給資格者番号								
		生年月日	年 月 日	1. 乳幼児	2. 小中学生	3. 高校生						

※医療費領収書を添付してください。

※申請期限は、診療月の翌月から1年以内です。

事務処理欄 ※ここから下は記入しないでください。

	申請額	控除額の内訳		支給決定額	備考
		付加給付額	高額療養費		
入院					
通院					