第6号様式(第12条)

小 児 医 療 費 助 成 申 請 書

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　(あて先)鎌倉市長住所　鎌倉市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　 (小児の養育者)　電話　　　　　　(　　　)　　　　　　　　　　次のとおり医療費の助成を申請します。 |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 小 児 氏 名 | 　 |
| 診療を受けた期間 | 　領収書記載のとおり |
| 医療機関等の名称及び所在地 | 　領収書記載のとおり |
| 助成申請額 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| 申請理由 | □　医療証交付前の受診□　適用区域外での受診□　国民健康保険組合加入□　療養費の自己負担分□　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 振込先 | 銀行信用金庫信用組合農業協同組合 | 本店支店営業部出張所店舗コード(　　　) | 口座種別 | □　普通　□　当座 |
| 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 口座名義(カタカナ) | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　 | 市処理欄 | 助成決定金額：　　　　　　　　　　　円 |