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 |