様式第６号（第７条関係）

子ども等医療費助成 償還払い 申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 資格証の記号番号 |  |
| 氏　名 |  |
| 助成対象者（子） | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | **H ・ R**　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 | 飯南町 |
| 加入保険 |  | 記　号 |  |
| 番　号 |  |
| 医療機関情報 | 名　称 |  | 電　話 | －　　　　－ |
| 所在地 |  | 種　別 | 入院　・　通院　・　薬局 |
| 期　間 | 　　　　年　　　　　月　　　　　日　～　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 申請額　　　　　　　　　　　　　　　円 | 控除額（保険対象外等）　　　　　　　　　　　　　　　円 | 助成決定額　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 上記の通り申請します。飯南町長　様 　　　　　　年　　　　月　　　　日申請者　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　 |
| 金融機関 |  | 支　店 |  |
| 口座種別 | 普通　　・　　当座 | 口座番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口座名義 |  |

**◎添付書類 ： 上記申請に係る領収書 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※　押印不要**