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**