

こども医療助成費支給申請書

金額	千	百	十	万	千	百	十	円
----	---	---	---	---	---	---	---	---

太枠の中だけ記入してください。

初・課

○

受給者証の番号		受給者氏名	平・令 年 月 日生	
健康保険証の名	記号・番号			
第三者行為又は学校管理下のけがの該当 有 ・ 無				
上記のとおり領収書その他の証拠書類 枚及び添付書類を添えて申請します。				
令和 年 月 日				
宛先 小樽市長				
電話				
住所 小樽市 丁目 番（地） 号				
氏名				
印				

字字
加抹
入消

○

支払区分	1	窓口払	4	口座振込払	7	隔地払	△	支払特例	
口座振込 の場 合	振込先	銀行	本店	預金種別	1 普通	口座番号			
		組合	支店		2 当座				
		金庫	出張所						
	(フリガナ)						銀行コード		
	口座名義人								

字字
加抹
入消

受 領 を 委 任 す る 場 合	小樽市	丁目	番（地）	号
	町			
	私は を代理人と定め上記の受領を委任します。			
	令和 年 月 日			
	氏名			
	印			

(証拠書類は、こども福祉課にて保管)

給付入力	口座入力	受 付