様式第2号

こども医療費助成申請書及び口座振替依頼書

令和　　年　　月　　日

泉佐野市長　殿

泉佐野市

申請者（保護者）　住　所

氏　名

電話番号

下記のとおり医療費の助成を申請します。
なお、下記のとおり口座振替によって支払ってください。

対象児童	氏 名		性 別	男 ・ 女	診療月末年齢	満　　歳	
	生年月日	平 ・ 令　　年　　月　　日	対象者番号				
加入医療保険	被保険者等氏名		付加給付	有 ・ 無			
	記 号	番 号		枝 番			
	保険者番号		保険者名称				
対象診療	医療機関						
	診察期間	令和　　年　　月　　日から　　日間	入院 ・ 外来				
口座振替	銀行名		口 座 番 号				
	支店名	（店番）	口 座	フリガナ			
	預金種別	普通 ・ 当座	名義人	氏 名			

領収書の内容　（保険診療と食事療養費の自己負担分のみ1ヶ月単位で記入）

氏　　名		診療期間	年　月　日から 年　月　日まで 日間	
金　　額	円	医療区分	外来 ・ 入院	
金額の内訳	保険点数	点	1. 医科（　　科）　2. 歯科 3. 調剤　4. 装具　5. 看護　6. 移送 7. 柔整　8. はり灸　9. その他（　　）	
	医 療 費	円		
	食事療養費	円		
医療機関等名称				