

こども医療費助成一部自己負担額償還申請書

令和 年 月 日

泉佐野市長 殿

下記のとおり、 年 月に医療機関に支払った一部自己負担額の償還を申請します。

申請者 (保護者)	住 所	泉佐野市		
	氏 名		電話番号	()
対象児童	住 所	泉佐野市		
	氏 名		生 年 月 日	平・令 年 月 日
	対象者番号		公費負担者番号	
支払った一部自己負担金額 の合計		円		
償還を受ける額		円		
振込先	金融機関名		預金種別	口座番号
	支 店 名	(店番)	普・ 当	フリガナ 口座名義

備 考