

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 様

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	— —		
受給者	住 所	☐ 申請者と同じ ・ 泉佐野市				
	氏 名		生 年 月 日	平 ・ 令 年 月 日		
	受給者番号					
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						