

記入例

子ども
母子家庭等
障がい者
精神障がい者通院

医療費助成申請書

日付は
記入しない

令和 年 月 日

大府市長 殿 申請者 住 所 大府市 〇〇 町 〇〇 番地

申請者は子ども医療費受給者の
名で記入してください。

大府マンション〇〇号

氏 名 大府 太郎

電 話 40-0000

記
入
不
要

	住 所	☐ 申請者に同じ	記号・番号	
	氏 名		保 険 者 (保険者番号)	()
	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	被 保 険 者	
	振 込 先	金融機関	銀行・信連 農協・信金 (店番)	支店
	口座番号	普・当	ふりがな 名 義 人	

支払証明書

診療を受けた月	診療 実 日 数	傷 病 名	療養に要した 保険診療総点数	保険診療一部負担額 (窓口支払額)	※ 附加給付額	※ 助成決定額
入院						
入院外						

上記のとおり支払われたことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関等

受給者 様 住 所

氏 名 (名称) 印

持参書類：保険証、受給者証、領収書、療養費等の支給額を証する書類