受付印

様式第3号（第4条関係）

こども医療費助成支給申請書(食事療養費)

高 石 市 長　宛　　令和　　年　　月　　日

申請者（保護者）	住 所	高石市
	氏 名	印
	続 柄	TEL

下記のとおり食事療養費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、市町村民税の課税状況および健康保険加入状況を確認することを承諾します。

対象者（こども）	住 所	高石市　　丁目　　番　　号			
	フリガナ		生 年 月 日	年 齢	男
	氏 名		平成 令和　年　月　日	歳	女
対象者（こども）加入医療保険	被保険者住所				
	被保険者氏名		保険種別	国保・協会・組合・船員・共済 日雇・国保組合・その他	
	記 号	番 号	保険者名称		
	保険資格取得年月日 平成・令和　年　月　日		保 険 者 番 号		
	被保険者との続柄		付加給付	有　無	
振込先	銀 行 / 信用金庫 / 農 協　本店 / 支店		預金種別	口座番号	
			普通 / 当座	口座名義人（カタカナで記入）	
受給者番号			診療年月日	年　月診療分	

※以下の項目は、記入していただかなくて結構です。

医療費申請	有 ・ 無	医療証	こども ・ ひとり親 ・ 障がい
460円 × 食 ＝ 円		助成金（支給額）	
260円 × 食 ＝ 円		円	
210円 × 食 ＝ 円			

制度区分	大阪府	市単独