

受付印

こども食事療養費助成支給申請書

高石市長宛

年 月 日

住所 高石市

申請者(保護者)氏名 印

続柄 TEL

下記のとおり医療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 女	
	氏名							年 月 日		歳		
対象者 (こども加入医療保険)	被保険者氏名								被保険者との続柄			
	保険者名称								保険者番号			
	記号・番号								資格取得年月日 年 月 日			
振込先 銀行 本店 信用金庫 支店 農 協								預金	口座番号			
								普通	口座名義人(カタカナで記入)			
								当座				
受給者番号								診療年月日	年 月 診療分			

※以下の項目は、記入していただくなくて結構です。

医療費申請	有 ・ 無	医療証	こども ・ ひとり親 ・ 障がい		
550円	×	食	=	円	助成金(支給額) 円
330円	×	食	=	円	
270円	×	食	=	円	

制度区分	大阪府	市単独
------	-----	-----