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

高石市長	宛				令和	4	ŧ	月		日
			住	所	高石市					
		申請者 (保護者)	氏	名					印	
			続	柄	-	[EL				

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。

(対こ	住	所	高石	市		丁目					番				号			
象ど	フリ	ガナ									生	年月	日		年	齢	E	男
者も ·	氏	名								平成 令和		年	月	日		歳	3	ኳ
	被保	険者信	主所															
対 象 者 ₍	被保	皮保険者氏名										保険種別 国保・協会・組合・船員・共済 日雇・国保組合・その他					ŧ済	
加と	記	号				番号					保険者名称							
療〜	保険	資格耳	7得年	月日							保	険 :	者 番 号					
保 険	平成	•令和		年	<u> </u>		月		日									
	被保	険者と	≤の続							寸加給			有 無					
振込先銀						本店					種別	預金 口座番号 種別						
信用金庫農協				支店					普通	普通 口座名義人(カタカナで記入) 当座								
受給者番号						診	寮年 月	日	年 月診療分					分				
※以下の項目は、記入していただかなくて結構です。																		
医 医			医;	療機関 払った	<u> </u> ^	宣 奶				マ族療 加給付		一部負担金			助成額(支給額)			

区分 入院 · 外来

制度区分 大阪府 市単独