

富山市子ども医療費（療養費払）助成申請兼請求書
 年 月 日
 (宛先)富山市長

〒 住 所
 申請・請求 及び依頼者 氏 名
 (保護者) (連絡先TEL —)

次のとおり、子ども医療費助成金の交付を申請します。
 また、交付決定された助成金を請求します。なお、下記の口座に振り込んでください。

こ ど も	受給資格 番号		加 入 保 険	被保険者証 記号・番号	
	氏 名			保険種別	国保・協会・組合・その他
	生年月日	年 月 日		保険者番号 及び名称	

年 月分 保険診療領収書 (入院・通院)

こども氏名		診療日数	日間
保険診療合計 (食事療養費を除く。)	円	他法による 公費負担額	円
申請者からの領収額 (食事療養費を除く。)	円	左記金額には保険診療以外は含まれていません。	

上記のとおり領収しました。

年 月 日

医療機関等の所在地及び名称
 開設者氏名



※ 助 成 内 訳	保険診療 合計金額	控 除 額				
		保険等負担分	高額療養費	他法公費負担分	附加給付分	計
	円	円	円	円	円	円
	自己負担額	一部負担金		交付決定額		
	円		円		円	

振 込 先	口座振替指 定金融機関	銀行 支店 金庫 出張所 農協			
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号(右づめで記入)		
	フリガナ				
	口座名義				

- (注) 1 この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後で市から助成を受ける場合に使います。
 2 この用紙には医療機関等から発行された領収書を添付してください。領収書がない場合は、この用紙の太枠欄を医療機関に記入してもらってください。
 3 ※欄は、市で記入します。

助成金の領収については、口座名義の者を代理人と定め権限を委任します。

(保護者氏名) _____

地区センター