

（あて先）京田辺市長

住所 京田辺市

申請者氏名

（保護者氏名）

電話番号

京田辺市子育て支援医療費支給申請書

下記のとおり 年 月分の医療費の支給を申請したいので、京田辺市子育て支援医療費の助成に関する条例施行規則第11条第1項の規定により、申請します。

記

受給者番号										※ 左の欄には、現在お持ちになっている受給者証に記載されている受給者番号及び子どもの氏名を記入してください。
子どもの氏名										
受診された医療機関名		(受診科名)								
保険証	被保険者名									
	保険の種別	国保 ・ 国組 ・ 協会けんぽ ・ 日雇 ・ 健保組合 ・ 船員 ・ 共済								
	保険者名	記号 番号								
備考	振込先	銀行・信用金庫 農協・信用組合						本店 支店 出張所		
	預金種目	普通・当座	口座番号							
	名義人	フリガナ								
氏名										

注1 医療費の申請は、受診月の翌月以降に月を単位として速やかに行ってください。

2 子どもの氏名、受診日、医療費の額等が分かる領収書等を添付してください。