

（あて先）京田辺市長

住所  
 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第7条第3項の規定により、申請します。

記

個人番号 ※マイナ保険証のみ お持ちの場合																			
受給者番号																			
子どもの氏名																			
受診された 医療機関名		(受診科名)																	
保険 情報	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。