様式第8号(第6条関係)

子ども医療費助成申請書(「療養費の支給」「一部負担金」の助成用)

年　　月　　日

魚沼市教育委員会　　様

申請者　住　所　魚沼市
氏　名

次のとおり金　　円の医療費の助成を申請します。

受給者証番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
受療者氏名		被保険者氏名	

振込指定機関	銀行・農協 信用組合		支店 支所	口座 番号	普通・当座	ふりがな 口座名義人	

※	他方負担額		一部負担額		決定額	円

(注)1　※印欄は記入しないこと。

2　「療養費の支給」による助成申請の場合は、保険者からの支給を証する書類を添付して申請すること。

3　「一部負担金」の助成申請の場合は、その事由を証する書類を添付して申請すること。