

様式第6号(第7条関係)

子

子ども医療費助成申請書

受給資格者	資格証号 記号番号		加入 保 険	被保険者名 氏名	
	氏名			記号番号 (枝番)	
子ども	氏名		年 月 日	保険者名	
	生年月日				
医療機関名	名称				
	所在地				
医療内容	入院の別 入院外	入院 ・ 入院外			
	期間	年 月 日から 年 月 日まで			
<p>申請額 金 _____ 円 (別紙領収書のとおり)</p> <p>摘要</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p> <p>浜田市長 様</p>					