様式第6号（第7条関係）

㊦　　子ども医療費助成申請書

<table>
<tr><td rowspan="2">受給資格者</td><td>資格証記号番号</td><td></td><td rowspan="5">加入保険</td><td>被保険者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>保険証記号番号（枝番）</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">子ども</td><td>氏名</td><td></td><td rowspan="2">保険者名</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療機関名</td><td>名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療内容</td><td>入院
入院外 の別</td><td colspan="4">入院　・　入院外</td></tr>
<tr><td>期間</td><td colspan="4">年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
</table>

申請額　金　　円（別紙領収書のとおり）

摘要

上記のとおり申請します。

年　月　日

申請者　住所
氏名

浜田市長　　様