

別記様式第4号（第8条関係）

子ども医療費助成申請書			
			年 月 日
近江八幡市長 宛		〒 住所 申請者 氏名 (署名又は記名押印) (TEL)	
<p>近江八幡市子ども医療費助成条例施行 規則第8条の規定により、医療費の助成をされたく申請します。 なお、保険者から高額療養費・附加給付等を受けたときは、返還することを確約 します。</p>			
入院年月 通院年月	年 月分		
該 当 者	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日		歳
	個 人 番 号		
加入医療保険	記号 / 番号		
	被保険者名 (保険本人)		
	保険者取得日		
	保険者番号		
	保険者の名称		
摘 要	<ul style="list-style-type: none"> ・高額療養費支給（有 ・ 無） ・附加給付金支給（有 ・ 無） ・日本スポーツ振興センター災害共済給付（ある ・ ない） ・他の医療費助成制度利用（ある ・ ない） 		
払 渡 指 定 金 融 機 関	金融機関名	支店名	預 金 種 別
			普 通
	フリガナ		
	口座名義人		
自己負担額	高額療養費	附加給付等	支払決定額
入院 通院	件（日間） 月分	備 考	