

様式第9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

佐渡市長 様

住 所  
申請者  
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 (子ども)		被保険者氏名	
振込指定 金融機関	(金融機関名) 銀行・信組 農協・労金 ( )	(店名) 本店 支店 出張所 ( )	(口座番号) □普通 □当座 (口座名義) (カタカナで記入)
	※ 他法負担額		決 定 額
		一 部 負 担 額	

- (注) 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。  
 2 ※印欄は記入しないこと。  
 3 「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。  
 4 「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。