

第4号様式（第9条関係）

小児医療費助成申請書

令和 年 月 日

（宛先）座間市長

申請者 住 所 座間市
氏 名
電 話 ()

次のとおり申請します。

受給者番号							
フリガナ 小児の氏名	-----				生年月日	平成 令和	年 月 日
申請の種類	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 移送 6 補装具 7 その他						
入院又は入院外の別	1 入院			2 入院外			
申請の理由	1 県外受診		2 医療証交付前の受診		3 入院医療費のみ対象		
	4 償還払いの対象		5 医療証を忘れた		6 その他 ()		
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 金庫 信用組合 農協			支店名	支店 出張所	
	金融機関コード				支店番号		
	フリガナ 口座名義人	-----				1 普通預金 2 当座預金	
	口座番号						

事務処理欄	
助成決定額	円