福祉医療（子ども）支給申請書

※［　　］内をもれなくご記入ください。

※複数月まとめて申請される場合も一枚の申請書で申請できます。

受給者番号										②加入医療保険	被保険者証記号番号	記号 番号	
①受給者	フリガナ										保険者名		
	氏　名												
	生年月日	令和　　年　　月　　日									保険者番号		
領収書枚数		枚									資格取得日	令和　　年　　月　　日	
療養年月	平成・令和　　年 １・２・３・４・５・６・７・８・９・１０・１１・１２ 月 平成・令和　　年 １・２・３・４・５・６・７・８・９・１０・１１・１２ 月												
申請理由	１　県外受診　　２　治療用装具・眼鏡　　３　保険証・受給者証未提示 ４　その他（　　）												
高額療養費・家族療養附加金等の有無	有・無	第三者の行為により負傷をした場合は原因を記入してください	交通事故・その他（　　）										

上記のとおり関係書類を添えて申請します。
なお、助成を受けた額について、保険者等より給付を受けたときは返還します。

（あて先）　一 宮 市 長

令　和　　年　　月　　日

③申　請　者
（保護者）

住　所　一宮市

氏　名

電話（　　）

受給者の方以外が手続きをされるときは届出者の住所・氏名・ご関係を記入してください。
この申請に関するすべての責は届出者により負います。

届　出　人

住　所　一宮市

氏　名

申請者との関係（　　）

電話（　　）

（あて先）一宮市会計管理者

受領委任者
（申請者と口座名義人が異なる場合）

支給決定金額については、下記口座へ振り込んでください。

振込先	金融機関名	支店名	科目	口座番号
	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	普通・当座	

金融機関コード	支店コード	口座名義人（カタカナで記入してください）

※下記の欄は記入しないでください。

入力件数
件

福祉医療	窓口課・出張所	受付者
	尾・木・葉・西・丹・浅・北・大・今・奥・萩・千	