

「子ども医療費受給者証」に記載されている「受給者番号」を転記してください。
 ※「子ども医療費受給者証」の発行が申請時までに関に合わない場合には、空欄としてください。

愛知県内のみ有効

子ども医療費受給者証

受給者番号	3 0 4 1 2 3 4 5 6
住所	一宮市貴船町3丁目2番地
氏名	一宮 次郎

福祉医療（子ども）支給申請書【記入例】

※ [] 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	3 0 4 1 2 3 4 5 6	② 加入医療保険	被保険者証 記号番号	記号 1 2 3 番号 4 5 6		
フリガナ	イチノミヤ ジロウ		保険者名	全国健康保険協会 愛知支部		
氏名	一宮 次郎		保険者番号	1 2 3 0 0 1 0		
① 受給者	生年月日	令和 3 年 5 月 1 日				
領収書枚数				日		
療養年月	平成・令和 平成・令和		この欄は記入の必要はありません。			
申請理由	1 県 4 その他					
高額療養費・家族療養 附加金等の有無	有					
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 (あて先) 一宮市長 令和 年 月 日 日付は空欄でお願いします。						
③ 申請者 (保護者)	住所	一宮市 貴船町3丁目2番地				
	氏名	一宮 太郎				
	電話	(7 2 - 1 1 2 1)				
受給者の方以外が この申請に関する 届出人	この欄は記入の必要はありません。			ください。		
(あて先) 一宮市会計))
支給決定金額について 金融機関				る場合)	番号	
振込先	金融機関コード		ください)			