

「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	
①受給者	フリガナ	イチノミヤ ジロウ										②加入医療保険	保険者名	全国健康保険協会 愛知支部
	氏名	一宮 次郎											②加入医療保険	保険者番号
	生年月日	令和 3 年 5 月 1 日									②加入医療保険			
領収書枚数														日
療養年月	平成・令和													
申請理由	1 県 4 そ	この欄は記入の必要はありません。												
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 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">        </span> 日付は空欄でお願いします。														
(あて先) 一宮市長 <span style="float: right;">令和 年 月 日</span>														
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 <span style="float: right;">ください。</span>														
届出人 <span style="float: right;">) )</span>														
(あて先) 一宮市会計 <span style="float: right;">る場合)</span>														
支給決定金額について <span style="float: right;">番号</span>														
振込先	金融機関	この欄は記入の必要はありません。												
	金融機関コード													
<span style="float: right;">ください</span>														