

こども医療費助成金支給申請書		受付印
伊是名村長 殿		
平成 年 月 日		
※ 太線内の記入をお願いします。		

児童氏名	ふりがな		受給資格者証 記号番号	
	氏名		伊 ども	
	生年月日	平成 年 月 日	年齢	歳 児
保護者氏名	ふりがな		連絡先	
	氏名		自宅	
	住所	字 伊是名 仲田 諸見 内花 勢理客	携帯	
		番地	職場	
加入保険	被保険者氏名(保護者)			
	保険者名称			

受診年月日	医療保険対象の総点数および一部負担金の額					外来	入院
平成 年 月分	十万	万	千	百	十	件	件
総点数							点
本人一部負担金額							円
既納額 (こども医療費助成以外)							円

こども医療費助成適用(払戻し)金額		円
-------------------	--	---

振込指定金融機関名	
金融機関名	農協 ゆうちょ 沖銀 琉銀 その他()
店名	()支店
口座番号	
フリガナ	
口座名義	