様式第４（第６条関係）

記入例

母子・父子家庭医療費支給申請書

令和　○　年　○　月　○　日

治療を受けた方（受給資格者）の住所・氏名等を記入してください。
ただし、受給資格者が未成年の場合は保護者の氏名を記入してください。

申請者　住所　江南市赤童子町大堀○○番地

氏名　**江南　太郎**

下記のとおり申請します。

電話　0587-54-1111

受給者番号		818 － 123456	加入医療保険	保険者名	
受給資格者	住所	☑申請者に同じ			
	氏名	**江南　花子**		被保険者名	
	生年月日	(昭和)・平成　○　年　○　月　○　日		付加給付	有・無
傷病名					
医療機関		所在地　**江南市布袋町××番地**			
		名称　**△△病院**　内科・外科・整形・皮膚科 耳鼻咽喉科・眼科・歯科・調剤薬局			
医療を受けた期間		令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間			□入院　□入院外
申請理由		□県外受診　□補装具			
備考					

振込先口座の内容を記入してください。
申請者名義以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。
ただし、未成年者の名義へは振り込みできません。

振込口座	金融機関	△△△ (銀行)・信用金庫・農協	口座番号	普通 6543210	口座名義	(カタカナ) コウナン　タロウ
		○○○ 支店				

金融機関番号　（　　）　店舗番号（　　）

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	助成割合	助成算出額	不払い額	高額療養費、付加給付金	支給決定額
円	割	円	円	円	円

補装具　申請内容確認
□ 学校でのケガ
□ 学校以外

入力		確認	

様式第４（第６条関係）

母子・父子家庭医療費支給申請書

令和　　年　　月　　日

江南市長　　申請者　住所

氏名

下記のとおり申請します。　　電話

受給者番号		８１８　－	加入医療保険	保険者名	
受給資格者	住所	□申請者に同じ			
	氏名			被保険者名	
	生年月日	昭和･平成　　年　　月　　日		付加給付	有・無
傷病名					
医療機関		所在地 名称　　内科・外科・整形・皮膚科 耳鼻咽喉科・眼科・歯科・調剤薬局			
医療を受けた期間		令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで　　日間		□入院 □入院外	
申請理由		□県外受診 □補装具 □その他			
備考					
振込口座	金融機関	銀行 信用金庫 農協 支店	口座番号	普通	口座名義　（カタカナ）

金融機関番号　（　　）　店舗番号（　　）

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	助成割合	助成算出額	不払い額	高額療養費、付加給付金	支給決定額
円	割	円	円	円	円

補装具　申請内容確認
□ 学校でのケガ
□ 学校以外

入力		確認	