

沖縄市子ども医療費助成金支給申請書

令和 年 月 日

沖縄市長 様

助成対象者
(保護者)

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____

電話番号 _____

・確認事項 (今回の申請で該当するものを丸で囲んで下さい)

交通事故、学校でのケガ (有 ・ 無) 就学援助 (準要保護) 受給 (有 ・ 無)

対象外の領収書が発生した際の対応 (返却不要 ・ 返却希望)

以上のとおり確認の上、別添・領収書 (_____) 枚のとおり医療費の支給を申請します。

受給資格者証番号				
こ ど も	ふりがな			
	氏 名			
	住所			
	生年月日			
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名			
	記号・番号	記号	番号	
	保険者名称			
	個人番号			
振 込 先	金融機関名	支店名		
	預金種別	※ 記入不要 ※ 登録口座へ振り込みます。 別口座へ振込希望の場合は変更届が必要です。		
	フリガナ			
	口座名義人			