

## 子育て支援療養費支給申請書

下記のとおり療養に要した費用に関する必要書類を添えて申請します。  
 なお、療養費の支給額については、下記の口座に振込んでください。

尾花沢市長 様

令和 年 月 日

申請者	住所	尾花沢市			
	保護者氏名				
	電話				
療養を受けた方	療養を受けたお子さんのお名前				
	生年月日	平成・令和 年 月 日			
	学年 (または年齢)	小学 中学 高校	※未就学児は年齢を 記入してください。 ( )才児	※スポ振(学校のけが) 該当 非該当	
保険証	記号・番号	記号		番号	
	保険者番号				
	世帯主(国保の方) 被保険者名(国保以外の方)			対象者との 続柄	
医療証	一部負担金 有・無 第 号	療養給付を受けることが できなかった理由			
口座情報	振込金融機関名	銀行 信用組合 金庫 農協			本店 支店
	口座番号		種目	普通・当座	
	口座名義人(カタカナ)				

申請者記入不要	世帯番号		診療期間				
	領収書の枚数(合計)	枚	内 小学生	①	枚・②	枚・③	枚
				①	円・②	円・③	円
	費用額	円	内 中学生	④	枚・⑤	枚・⑥	枚
				④	円・⑤	円・⑥	円
	支給決定額	円	内 高校生	①	枚・②	枚・③	枚
				①	円・②	円・③	円
			①	枚・②	枚・③	枚	
	備考				内 未就学児	年度分( 枚 円)	
						年度分( 枚 円)	
			年度分( 枚 円)				