

京都子育て支援医療費支給申請書

令和 年 月 日

福知山市長様

申請者 住所 郵便番号 (口座名義人) (自治会名) 福知山市

氏名

TEL

申請者個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり、京都子育て支援医療費の支給を申請します。

京都子育て支援医療費受給者								加入医療保険											
負担者番号	4	5	2	6	0	0	2	3	保険者番号										
受給者番号									保険者名	記号								番号	
氏名									被保険者名										
個人番号									被保険者個人番号										
生年月日	H・R 年 月 日								種別	1 国保	2 国退	3 国組	4 協会健保	5 日雇	6 組合	7 船員	8 共済		
認定日	H・R 年 月 日								診療を受けた期間	医療機関	点数	金額	内容	診療を受けた期間	医療機関	点数	金額	内容	
									年 /				外歯・治	年 /				外歯・治	
									年 /				外歯・治	年 /				外歯・治	
									年 /				外歯・治	年 /				外歯・治	
									年 /				外歯・治	年 /				外歯・治	
									年 /				外歯・治	年 /				外歯・治	
									月分合計	点数	金額								
振込先	1 新規口座				2 登録口座				3 児童手当口座				4 その他 ()						

金融機関名		支店名		分類	口座番号 (左詰めでお書きください。)		口座名義(フリガナのみ)	
1 銀行 5 農協 2 金庫 6 漁協 3 信組 7 信漁連 4 信連		本・支店 本・支所 出張所		1普通 2当座			※申請者名義に限ります。 ※通帳の表記に合わせてください。	
金融機関コード		支店コード						

- 【注意】 1 支払は口座振込にて行います。
2 全額自己負担・高額療養費・付加給付に該当の場合は、支給決定通知書を添付してください。(先に保険者へ所定の申請をして支給決定通知の交付を受けてください。)

※下欄は記入しないでください。

※審査支給決定額欄	総医療費	公費負担額	自己負担額		高額医療費または療育費	一部負担金	支給決定額	
			実支払額					
			総医療費× 2割・3割・10割					
添付書類	1 領収書 2 レセプト写 3 支給決定通知書 4 その他 ()					担当者		
備考						番号確認	実存確認	確認者

この申請書に記載していただいた特定個人情報(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第8項に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市京都子育て支援医療費支給事業に係る事務に利用します。