

様式第4号(第12条関係)

青少年医療費支給申請書										
								年	月	日
みやこ町長 様										
申請者 住 所										
氏 名										
連絡先										
次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、青少年医療費の支給を申請します。										
青少年医療証の 受 給 者 番 号								被保険者証等の 記 号 ・ 番 号		
青少年の氏名 (受 給 者)							世帯主、被保 険 者 等 氏 名			
傷 病 名										
	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで									
医 療 機 関	所在地 名 称									
医 療 費 総 額	円						申 請 額	円		
申 請 理 由 (該当する番号を ○で囲む。)	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の医療機関等で受診した 3 その他 ()									
振 込 先	金融機関名						支店名		種別	
	銀 行 協同組合 信用金庫						支 店 (所)		普通 当座	
	口座名義人						口座番号			
	(フリガナ)									
(決裁欄)										