様式第6号（第11条関係）

こどもの医療療養費請求書

阿南市長　宛て

以下の事項に同意した上で、阿南市こどもの医療費の助成に関する条例施行規則第11条の規定により、次のとおり請求します。

(1)申請に係る助成対象のこども及び同一保険加入者の療養費給付状況、診察内容、医療給付状況、付加給付の支給状況について阿南市が保険者並びに公費負担者医療の実施主体に調査・報告を求めることに同意します。
(2)こどもの医療費の助成に関する条例に基づく事務のうち個人番号を利用して処理する必要があるものについて、阿南市が請求者（受給者）の個人番号を利用して取得・確認することに同意します。
(3)(2)に同意しない場合は、当該部分を二重線で消してください。その場合、資格の審査等に必要な書類を提出していただく場合があります。

請求年月日		令和　　年　　月　　日
請求者（受給者）	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	個人番号	□□□□□□□□□□□□ ※日中に連絡可能な番号を記入してください。 電話（　　）
	振込先	※公金受取口座を利用するには、マイナポータルで事前に登録しておく必要があります。 □ **公金受取口座を利用する**（利用する場合は口座番号の記入は不要です。）
	どちらかに必ず「レ」 ※請求者（受給者）名義の普通口座を記入してください。	□ 銀行・金庫・農協　　支店
		口座番号（普通）
代理人（窓口にきた方）	氏名	請求者との続柄（　　）

こどもの医療療養費請求額	一金　　円也
受療区分	入院・外来・食事・コルセット・眼鏡
受療年月	年　　月分

こども	受給者番号		加入保険	被保険者名	
	氏名			記号	
				番号	
	生年月日	年　月　日		保険者名	

㊟　1　保険医療機関等で発行された領収書を添付してください。
　　2　治療用装具等について保険給付のある場合には「療養費支給証明書」を添付してください。

助成算定額

一部負担金額	－	付加給付額	円	＝	助成決定額
円		療養費支給額	円		円

※市役所・支所・住民センター記入欄

本人確認欄	□ 運転免許証　□ 個人番号カード □ パスポート　□ その他（　　）

受付印

0～2・3～小6・中学生・高校生　（　　）住民センター