

第5号様式（第7条関係）

## 藤枝市こども医療費助成申請書

藤枝市長宛

私は下記の同意事項に同意し、藤枝市こども医療費助成申請をします。

お子様

年月日 年月～年月のヶ月分

フリガナ	フジエダ ハコ	生年月日	RO 年〇月〇日
氏名	藤枝 花子		
住所	〒 藤枝市 岡出山1丁目11番1号		

受診者 受診時年齢 未就学児・小学生・中学生・高校生世代	学校等 のケガ	有・無
1枚￥21,000 以上領収書	公費負担 医療適用	有・無

※有の場合は学校への申請となります。

フリガナ	フジエダ タロウ	連絡先	(父・母・自宅) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
氏名	藤枝 太郎		※日中連絡可能な電話番号
住所	〒 同上		

保険証の  
被保険者様

振込先 口座	振込先金融機関名 銀行・信金・農協・労金	口座種別 普通	口座番号(右づめ) *****	口座名義人(カタカナ) フジエダ タロウ
	本店・支店			

同意事項  
本申込書は、こども医療費助成の算定に用いるために、この申請に関する必要なこととされ  
所得状況について公簿等により確認すること。

※市が、医療機関及び保険者に対し必要な情報を調査すること。

持ち物：領収書（原本）、子どもの被保険者等であることがわかるもの、  
保護者様名義の通帳又はキャッシュカード、こども医療費受給者証

※別途必要書類が生じる場合があります。

※保険適用外（健診、文書料、予防接種等）は、助成対象となりません。

※藤枝市使用欄

保険証
口座
受付

保険証  
口座  
受付

保護者欄は

保険証等の被保険者様のお名前を  
記入してください。

小児慢性特定疾病医療費助成など、他の  
公費負担医療の助成がある場合は、○を  
付けてください。

振込先は被保険者様または

被保険者様の配偶者様に限ります。

※被保険者様が父母以外の場合は、  
お電話等で職員にご相談ください。