

子ども医療費支給請求書

兼 申 立 書

年 月 日

福 山 市 長 様

申請者（受給者）

住 所 _____

名 前 _____

(対象者との続柄)

福山市子ども医療費助成条例第5条の規定に基づき、次のとおり養育医療給付に係る扶養義務者一部負担金に相当する額の子ども医療費の支給を申請します。

なお、私の被扶養者である次の者に支給される子ども医療費については養育医療給付に係る扶養義務者一部負担金に充当するよう申出をします。

対象者	名 前	男・女
	住 所	
	生 年 月 日	年 月 日
子ども医療費受給者番号		
養育医療給付申請期間 *意見書に記入されている診療予定期間を記入		年 月 日 ~ 年 月 日

本人確認書類 (※顔写真のないものは2点以上で確認)
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書
<input type="checkbox"/> その他 () ()

記入例

子ども医療費支給請求書 兼 申 立 書

年 月 日

福山市長様

申請者（受給者）

住 所 福山市三吉町南二丁目11番22号

名 前 福山 二郎 (印)
(対象者との続柄 父)

福山市子ども医療費助成条例第5条の規定に基づき、次のとおり養育医療給付に係る扶養義務者一部負担金に相当する額の子ども医療費の支給を申請します。

なお、私の被扶養者である次の者に支給される子ども医療費については養育医療給付に係る扶養義務者一部負担金に充当するよう申出をします。

対象者	名 前	福山 花子 男・女
	住 所	福山市三吉町南二丁目11番22号
	生 年 月 日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日
子ども医療費受給者番号		
養育医療給付申請期間 *意見書に記入されている診療予定期間を記入		年 月 日 ~ 年 月 日

本人確認書類 (※顔写真のないものは2点以上で確認)
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書
<input type="checkbox"/> その他 () ()