

様式第3号（第3条の2関係）

子ども食事療養費助成申請（請求）書

年 月 日

千早赤阪村長 様

申請者	住所		電話	
	氏名		対象者との続柄	

下記のとおり、食事療養費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請（請求）します。

対象者	受給者番号				
	住所	千早赤阪村大字			
	フリガナ		性別	男・女	
	氏名		生年月日	年 月 日	
加入医療保険	被保険者等氏名		記号・番号		
	保険者名	所在地			
		名称	認定日	年 月 日	
附加給付		有・無		保険者番号	
口座振替	銀行  農協 支店 ( )		種別	普通・当座	
			フリガナ		
			口座名義人		
			口座番号		
受診した医療機関	所在地				
	名称				
入院の期間		年 月 日から 年 月 日まで ( ) 日間			
助成申請額		円 (領収書等を添付してください。)			

内 訳	円×	回=	円	助成額（支給額）
	円×	回=	円	
	円×	回=	円	

供 覧				係	受 付