

子ども医療費助成金支給申請書

令和 年 月 日

（宛先）金沢市長

申請者（保護者） 住 所 金沢市  
方 書  
氏 名  
(TEL - - )

医療費助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

子 ど も	医療証番号		加 入 健 康 保 険	保険者番号	
	ふりがな氏名			記号	
	生年月日	平成 令和 年 月 日		番号	
	個人番号			被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

※保険者の名称

年 月 日

（宛先）金沢市長

医療費助成の確認に必要な税関係情報の記録を市長が調査することに同意します。

加入健康保険 の被保険者	住所		個人番号	
	氏名	(署名又は記名押印)	生年月日	

処理欄	申請額	円	内訳	自己負担額	控 除 額		
					所定負担額	付加給付額	高額療養費
				円	円	円	円

- 備考 1 医療費領収書を添付してください。  
2 処理欄は、記入しないでください。

受 場 付 所	1・森本 2・金石 3・犀川 4・安原 5・額 6・押野 7・浅川 8・新神田 9・泉野 10・元町 11・駅西 12・泉野HC 13・元町HC 14・駅西HC 15・本庁 16・湊 17・本町 18・近江町
	〈備考〉 自費・保険外 申請期限切れ 対象年齢外 対象者外
番 号	個人 通知 住民 端末 代理 法定 本人 委任 確認不可 その他
本人確認	個人 免許 手帳 在留 旅券 保険 介護 年金 その他 確認不可 他