

# < 記入例 >

## 豊見城市母子及び父子家庭等医療費助成金支給申請書

病院を受診した人

豊見城市長 殿

記入日

令和 4 年 1 月 1 日

対象者	フリガナ	トヨミ コタロウ	受給者番号	290290XXXX
	氏名	豊美 小太郎		
	生年月日	H 26 年 4 月 1 日		
父、母、養育者 受給資格者	フリガナ	トヨミ ツギオ	電話番号	090-XXXX-XXXX
	氏名	豊美 次男	豊見印	押印
	住所	字宜保1-1-1(201)		
加入医療保険の名称	1. 豊見城市 (国民健康保険) 2. 全国健康保険協会沖縄支部 3. ( ) 共済組合 4. ( ) 健康保険組合 5. その他 ( )			

(ミドリ色)資格者証の右上の番号

お手元の保険証に書いてある「保険者名称」を確認して記入

※上記太枠線中のみ、記入してください。

### < 申請にあたっての注意事項 >

- ・受診した翌月以降から申請ができます(当月受診分の申請はできません)。
- ・郵送の場合に、郵便料金不足となっている郵送物は受け取りができません。
- ・申請書はコピーして使用可能ですが、「押印」・「日付の記入」は毎回必要です。
- ・提出した領収書はお返ししません。必要な方は事前にコピーしてください。

(お問合せ先)豊見城市役所 こども応援課 ( 098-850-6775 )

円

交付決定額

円