

第3号様式

小児ぜん息医療費支給申請書

(あて先) 川崎市長 年 月 日

住所 川崎市 _____ 区
電話 (_____)

申請者
氏名 _____

次のとおり、小児ぜん息医療費に係る支給を申請します。

受給者氏名		受給者番号	
住 所	川崎市 _____ 区		
振込先金融機関	銀 行 信用金庫 組 合		本 店 支 店
口 座 番 号	普通 当座	フリガナ	
		口座名義人	

診 療 年 月 日	医 療 を 受 け た 病 院 等 の 名 称	区 分	医 療 費 支 給 申 請 額
年 月 日		1 2 3 4 5	円
年 月 日		1 2 3 4 5	円
年 月 日		1 2 3 4 5	円
年 月 日		1 2 3 4 5	円
年 月 日		1 2 3 4 5	円
年 月 日		1 2 3 4 5	円
年 月 日		1 2 3 4 5	円
年 月 日		1 2 3 4 5	円
年 月 日		1 2 3 4 5	円
年 月 日		1 2 3 4 5	円

区分 1: 医科外来 2: 医科入院 3: 調剤 4: 訪問看護 5: その他