

子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

津奈木町長 様

住所 葦北郡津奈木町大字
申請者 氏名

(電話)
下記のとおり、子ども医療費の助成を申請します。

子ども氏名		生年月日	平成 令和 年 月 日	続柄	
受給者証番号		口座番号	信金・農協・肥銀・その他() ()支店・口座番号()		
加入保険被保険者名		記号番号			

療養機関等証明書・領収書添付欄

(この欄は、お手数ですが医療機関等で記入くださるか、かわりに領収書を添付してください。)

	診療月及び医療点数	公費負担	一部負担
入院	年 月 日から 年 月 日まで 総点数 点	円	円
外来	年 月 日 総点数 点	円	円
歯科	年 月 日 総点数 点	円	円
調剤	年 月 日 総点数 点	円	円

令和 年 月 日

療養機関等の所在地

療養機関等の名称

印

【医療機関コード】

※ 助 成 決 定 伺

(この欄は市町村で記入します。)

決 裁	町長	副町長	総務課長	課長	課長補佐	班長	主査	班員	会計管理者
	総費用額		一部負担額		付加給付額 (高額療養費)		支給決定額		
	A		B		C		B - C		
入院	円		円		円		円		
外来									
歯科									
調剤									
計									

(注) この申請書を提出されるときは、受給者証を必ず持参してください。