

子どもの医療費助成金申請書

〔申請者記入欄〕

年 月 日						
江北町長		様				
		申請者	住所 杵島郡江北町大字			
		(保護者)	氏名			
印						
☎						
下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。						
子 ど も	氏 名		加 入 保 険	被保険者氏名		
	区 分			保険証記号番号		
	生年月日			年 月 日		保 険 名
振込先銀行		預 種	口座番号		受 取 人 (フリガナを必ず記入してください。)	
銀行	支店					
		普 ・ 当			様	

〔医療機関等記入欄〕

申請書は、入院、入院外、歯科、調剤別に診療月毎に1枚ずつ作成してください。

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明					
診 療 月	年 月 分 (食事療養負担がある場合は、療養日数 日) (訪問看護利用がある場合は、療養日数 日)				
診 療 区 分	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤	
保険診療総点数	点	点	点	点	
公費負担点数	点	点	点	点	
保 険 診 療 一 部 負 担 額	円	円	円	円	
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円			円	
訪 問 看 護 利 用 料			円		
上記の金額を受領しました。					
年 月 日					
医療機関等所在地			住 所 名 称 氏 名		
④					

※〔町記入欄〕

区 分	給 付 決 定 欄				支 給 決 定 額
	保 険 診 療 額	公 費 負 担 額	一 部 負 担 金	高 額 療 養 費	
保 険 診 療	円	円	円	円	円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円			円	
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	円	

注意 1. 1箇月分をまとめて申請してください。

2. ※欄は記入しないでください。