

様式第6号(第10条関係)

子どもの医療費助成金申請書

〔申請者記入欄〕

江北町長	様		年 月 日
		申請者 (受給者)	住所 杵島郡江北町大字 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
	区分		被保険者氏名
	生年月日	年 月 日	保険証記号番号
振込先銀行		預種	口座番号
銀行	支店		
			受取人 (フリガナを必ず記入してください。)
			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	円	円
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	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	
印				

※〔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	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	円	円

注意 1 1箇月分をまとめて翌月末日までに申請してください。

2 ※欄は記入しないでください。