

子ども医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

倶 知 安 町 長 様

保護者 住所

電話番号

氏名 ㊟

子ども医療費助成金の交付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

受 給 者 番 号							
対象子ども氏名				生年月日	生		
加入医療保険		保険者番号					
		名 称					
		記号番号					
振 込 先	金融機関名	☐ 銀行 ☐ 信金 ☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 労金 ☐ 農協 ☐ 本所					
	口座種別	☐ 普通 ☐ 当座		フリガナ			
	口座番号			名義人			
※決定欄	道費補助対象分		町費補助対象分		内 訳		市町村民税課税状況
入院	件	円	件	円	総医療費	円	☐ 課 ☐ 非
入院外	件	円	件	円	本人負担額	円	
歯科	件	円	件	円	付加給付額	円	摘 要
調剤	件	円	件	円	高額療養費	円	
その他	件	円	件	円	交付決定額	円	
高額療養費	円		円		☐ 道 ☐ 町		
初 診	入院	回	入院	回			
	入院外	回	入院外	回	☐ 電算 ☐ 入力		
	歯科	回	歯科	回			
一部負担金	円		円				

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。