

## 子ども医療費補助申請書

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

函南町長 仁科 喜世志 様

申請者 住 所 函南町平井 717-13

(保護者) 氏 名 函南 太郎

電話番号 090-〇〇〇〇-△△△△

受給者証保護者と  
同じ名前で

添付の保険診療証明書等のおり医療費を支払いましたので、補助金を支給申請します。

〔 年 月分〕

子ども	ふりがな 氏名	かなみ はなこ 函南 花子	男 ⊗	生年月日	H17年 1月 1日
	住 所	函南町平井 717-13			
加保 入 険	保 険 証 号 記 号 番 号	記号 番号	012345 6789	保 険 者 の 名 称	〇〇健康保険組合
振金 込 機 関 先 関	金 融 機 関 名	〇〇銀行		支 店 名	〇〇支店
	口 座 種 類	Ⓢ・当	口座番号	1234567	口座 名義

種別	乳児 幼児 小学生 中学生 高校生相当	入 院	年 月 日	～	年 月 日	日間	
	乳児 幼児 小学生 中学生 高校生相当	通 院	年 月 日	～	年 月 日	日間	
役場 記 入 欄	A 保険診療に よる点数	B 食事療養 費負担金	C 社会保険 各法負担 額	D 他の法令 等による 負担額	E 控除額 ( )	F 自 己 負 担 額	補助決定額 $A \times 10 + B - (C + D + E + F)$
	入院						
	通院						
	合計						
適 用	なし	養育医療	育成医療	療育医療	小慢		
〔備考欄〕							