

こども医療費補助申請書

年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

申請者 住 所

(保護者) 氏 名

電話番号

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]

こども	ふりがな氏名	男女	生年月日	年 月 日
	住所			
加保険	保険証番号	記号番号	保険者の名称	
振込金融機関先	金融機関名		支店名	
	口座種類	普・当	口座番号	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×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]							