

子ども医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

足寄町長様

申請者 住所 足寄町

氏名

電話番号 () -

受給者との続柄

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

受給者	受給者番号					
	保険種別		記号番号			
	住所					
	氏名					
	生年月日		年齢	歳		
	助成区分	全額助成				
医療を受けた病院等の名称、住所						
診療年月	年 月分	診療の内容	医科(入)	医科(外)	歯科	調剤

振込先金融機関	口座番号	種別	口座名義
銀行 信金 協同組合	本店 支店 本所	普通 その他 ()	

※ 支給内訳 (この表には記入しないで下さい。)

交付決定額								円	
内訳	診療の内容	件数	一部負担金 ①	自己負担額 (医療費助成後) ②	付加給付等 ③	差引交付額 ①-②-③=④	町単独助成額 ⑤	道費対象額 ④-⑤=⑥	
	入院	件	円	円	円	円	円	円	
	入院外	件	円	円	円	円	円	円	
	歯科	件	円	円	円	円	円	円	
	調剤	件	円	円	円	円	円	円	
	その他	件	円	円	円	円	円	円	
	計	件	円	円	円	円	円	円	
摘要					確本 認人	免・個・住・パ・身・保・診・その他 ()			