

書 き 方

○で囲まれている部分を記載してください。

子ども医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

- ①保護者の方の必要事項を記載してください。
 ②お子さんの必要事項を記載してください。
 ③保護者の方の口座情報を記載してください。
 ※口座名義人はカタカナで記載してください。

申請者 住 所 足寄町
 氏 名
 電話番号 () -
 受給者との続柄

1

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

2

振 込 先 金 融 機 関	口 座 番 号	種 別	口 座 名 義
銀行 本店 信金 支店 協同組合 本所	普通 その他 ()	

3

※ 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	件 円	円	
	入 院 外	件	円	円	円	円	件 円	円	
	歯 科	件	円	円	円	円	件 円	円	
	調 剤	件	円	円	円	円	件 円	円	
	その他	件	円	円	円	円	件 円	円	
	計	件	円	円	円	円	件 円	円	
	摘 要					確本 認人	免・個・住・パ・身・保・診・その他 ()		