

こども医療費助成金支給申請書

(通院用 ・ 入院用)		年	月	診療分
こども	氏名	ふりがな	住所	
	生年月日	年	月	日 (歳 か月)
性別		男 ・ 女		
保護者氏名		児からみた続柄	電話番号	
加入 保険 等	保険の種類	国保 共済 組合 船員 協会		
	保険者の名称			記号番号
	保険者の所在地	〒		電話番号
	付加給付	無・有 ()		
適用		無 ・ 養育医療 ・ 育成医療 ・ 療育医療		
補助金 振込先	振込先	銀行・JA・信用金庫・労金 支店		
	預金種別	普・当	口座番号	No. 口座名義 <small>ふりがな</small>

確 認 ○通院時の年齢は15歳までですか？（15歳に達した年の最初の3月末日までの間に当該医療費を受けた者を含む。）

☆ 市役所記入欄

入 院	期 間	保険診療自己負担額	控 除 額			養育・育成・療養
	日～日		高額療養費	付加給付額	自己負担金	
	日 数	食事療養費負担金				支 給 額
	日					
☆自己負担算出式						

通 院	受 診 日		控 除 額			支 給 額
			高額療養費	付加給付額	自己負担金	
	回 数	保険診療自己負担額				
	回					
☆自己負担算出式						

牧之原市こども医療費助成要綱により、上記のとおり申請します。

年 月 日

牧之原市長

住 所
申請者
氏 名

㊞

・「通院」、「入院」ごとに1枚
・「月」ごとに1枚 提出してください。

記入例

こども医療費助成金支給申請書

(通院用)・入院用 平成 24 年 10 月診療分

こども	氏名	ふりがな 牧之原 花子	住所	牧之原市 静波991-1		
	生年月日	平成 9 年 7 月 7 日 (15 歳 4 か月)		性別	男・女	

保護者氏名	牧之原 太郎	児からみた続柄	父	電話番号	23-0000
-------	--------	---------	---	------	---------

加入 保険等	保険の種類	国保 共済 組合 船員 協会			
	保険者の名称	記入不要			
	保険者の所在地	〒			
	付加給付	無・有 ()			

適用 無・養育医療・育成医療・療育医療

補助金 振込先	振込先	榛原 銀行・JA・信用金庫・労金 静波 支店			
	預金種別	普・当	口座番号	No. 1234567	口座名義 ふりがな まきのほら たろう 牧之原 太郎

確認 ○通院及び入院時の年齢は15歳までですか？(15歳に達した年の最初の3月末日までの間に当該医療費を受けた者を含む。)

 ☆市役所記入欄

入院	期間	保険診療自己負担額	控除額	養育・育成・療養	
	日～日	記入不要			
院	日数	記入不要			
	日	記入不要			
☆自己負担算出					
通院	受	記入不要			
	回数	記入不要			
院	回	記入不要			
	☆自己負担算出式				

牧之原市乳幼児医療費助成要綱により、上記のとおり申請します。

平成 24 年 11 月 15 日

牧之原市長

住所 牧之原市 静波991-1

申請者

氏名 牧之原 太郎

印

こども

保護者

振込口座を記入

申請者は保護者