

通院・入院ごとに1枚
 月ごとに1枚 記入すること
 書類がすべて揃ってから受付

記入例

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 こどもの名前を記入		住所	牧之原市	
	生年月日	年	月	日	(歳 か月)	性別 男・女
保護者氏名		受給者証に記載された保護者名を記入		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	〒	記入不要			
	付加給付	無・有 ()				
適用	無 ・ 自立支援医療(養育医療) ・ 小児慢性特定疾病 ・ 補装具					
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	ふりがな

記入の注意
振込口座を

確認 ○通院及び入院時の年齢は18歳までですか？(18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		記入不要		
☆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。

令和 年 月 日

牧之原市長

住所 牧之原市

申請者

氏名

受給者証記載の保護者の住所と氏名を記入

印