

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	牧之原市
	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 ・ 自立支援医療(育成医療) ・ 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 <small>ふりがな</small>

確認 ○入院・通院時の年齢は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					
☆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

(印)