

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)		
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

