

子どもの医療費助成金申請書

[申請者記入欄]

年 月 日				
江北町長 様		申請者 住所 (保護者) 氏名		
☑				
下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。				
子 ど も	氏 名	加 入 保 険	被保険者 氏 名	
	区 分		保険証記 号 番号	
	生年月日		保 険 名	
振込先銀行		預 種	口 座 番 号	受 取 人
銀 行	支 店			(フリガナを必ず記入してください。)
		普 ・ 当		様

[医療機関等記入欄]

申請書は、入院、入院外、歯科、調剤別に診療月毎に1枚ずつ作成してください。

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明				
診 療 月	年 月 分 (食事療養負担がある場合は、療養日数 日) (訪問看護利用がある場合は、療養日数 日)			
診 療 区 分	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤
保険診療総点数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保 険 診 療 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円			円
訪 問 看 護 利 用 料			円	
上記の金額を受領しました。				
年 月 日				
医療機関等所在地			住 所 名 称 氏 名	
☑				

※ [町記入欄]

区 分	給 付 決 定 欄				支 給 決 定 額
	保険診療額	公費負担額	一部負担金	高額療養費	
保 険 診 療	円	円	円	円	円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円			円	
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	円	

注意 1. 1箇月分をまとめて申請してください。

2. ※欄は記入しないでください。