

様式第3号（第8条関係）

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

下郷町長 様

住所
申請者（保護者） 氏 名 ⑩
電話番号

子ども医療費の助成を受けたいので、下郷町子どもの医療費助成に関する規則の規定により、下記のとおり医療費助成金の交付を申請します。

記

| | | | | | | | |
|------------------|---------|--------------------|------|------|--|--|--|
| 療 養 を 受 け た 者 | 受給資格証番号 | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | |
| | 生年月日 | H・R 年 月 日生 (歳) | | | | | |
| 加入医療保険 | 保険者名 | | | | | | |
| | 記号・番号 | | | | | | |
| 診 療 年 月 | 年 月分 | 入院・外来 | 1 入院 | 2 外来 | | | |
| 医 療 機 関 | | | | | | | |
| 自己負担額 | 円 | | | | | | |
| 高額療養費 | 円 | | | | | | |
| 附加給付額 | 円 | | | | | | |

※ 「助成金交付決定額」欄は町で記入しますので、記入しないでください。

| | |
|------------|---|
| ※ 助成金交付決定額 | 円 |
|------------|---|

- ※ 添付書類
- 1 被保険者証の写し
 - 2 医療費の領収書の写し
 - 3 高額療養費・その他の給付の給付額がわかる書類の写し（該当する場合のみ）