

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	平成 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）