

子ども医療費助成申請書( 年 月診療分)

平成 年 月 日

袋井市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

受診者	氏 名			加入 保 険	保 険 者 名	
	申請者との続柄				記 号	
	生年月日	平成	年 月 日		番 号	
振込先	銀行 本店 金庫 支店 農協			ふりがな		
				口座名義		
				口座種別	普通 ・ 当座	
				口座番号		
備考	養育医療・育成医療・療育医療等の制度の適用を受けた場合は、その制度名を記入してください。					

市記入欄	種 別	期 間	保険診療 自己負担額	高額療養費	自己負担金	養育 育成 負担金 療育
	入 院	日	円	円	円	円
	通 院	日	円	円	円	円
	調 剤	日	円	円	円	円
	そ の 他 ( )	日	円	円	円	円
	合 計	日	A 円	B 円	C 円	D 円
	助 成 確 定 額		(A-B-C) + D			

記入例

子ども医療費助

「子ども医療費受給者証」の保護者欄に記載のある人

窓口への提出日

平成 ● 年 ● 月 ● 日

袋井市長

申請者 住所 **袋井市新屋1-1-1**  
 氏名 **袋井 太郎** 印  
 電話番号 **43-2111**

受診者	氏名	<b>袋井 一郎</b> 男 女	加入保険	保険者名	●●●●健康保険組合
	申請者との続柄	<b>子</b>		記号	<b>1234</b>
	生年月日	平成 ● 年 ● 月 ● 日		番号	<b>5678</b>
振込先	銀行 <b>袋井</b> 本店 支店 金庫 <b>袋井</b> 農協	ふりがな	<b>ふくろい たろう</b>		
		口座名義	<b>袋井 太郎</b>		
		口座種別	普通 ● 当座		
		口座番号	<b>1234567</b>		
備考	養育医療・育成医療・療育医療等の制度の適用を受けた場合は、その制度名を記入してください。				

市記入欄	種別	期間	保険診療 自己負担額	高額療養費	自己負担金	養育 育成 負担金 療育
	入院	日	円	円	円	円
	通院	日	円	円	円	円
	調剤	日	円	円	円	円
	その他 ( )	日	円	円	円	円
	合計	日	A 円	B 円	C 円	D 円
	助成確定額		(A-B-C)+D			