

子ども医療費助成申請書(年 月診療分)

年 月 日

袋井市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

受 診 者	氏 名	男 女	加 入 保 険	保 険 者 名	
	申請者との続柄			記 号	
	生 年 月 日	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 ()	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				円