

様式第4号(第7条関係)

子ども医療費助成申請書(年 月診療分)

年 月 日

袋井市長

住 所

申請者 氏 名



電話番号

受 診 者	氏 名	男 女	加 入	保 険 者 名	
	申 請 者 と の 続 柄		保	記 号	
	生 年 月 日	年 月 日	険	番 号	
振 込 先	銀行 本店 金庫 支店 農協		フリガナ		
			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 A	高額療養費 B	養育 育成 療育 負担金 C
	入 院	日	円	円	円
	通 院	日	円		円
	調 剤		円		
	合 計	日	円	円	円
	助 成 確 定 額		(A-B)+C		円

記入見本

子ども医療費助成申請書(年 月診療分)

年 月 日

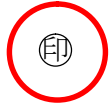
袋井市長

日付は入れない

住 所 **袋井市浅名1028**

申請者 氏 名 **鈴木 一郎**

電話番号 **080-1111-2222**



受 診 者	氏 名	鈴木 花	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	加 入 保 険	保 険 者 名	全国健保協会〇〇支部
	申 請 者 と の 続 柄	子			記 号	77777
	生 年 月 日	平成25年4月1日			番 号	121
振 込 先	銀行 本店 金庫 支店 農協			フリガナ	普通 ・ 当座	
				口座名義		
				口座種別		
				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。 <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">養育医療</p>					

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