

記入例

子ども医療費助成申請書(年 月診療分)

窓口への提出日

● 年 ● 月 ● 日

袋井市長

「子ども医療費受給者証」の保護者欄に記載のある人

申請者 住 所 **袋井市新屋1-1-1**
氏 名 **袋井 太郎**
電話番号 **43-2111**

受診者	氏 名	袋井 一郎		保険者名		
	申請者との続柄	子		記 号		
	生 年 月 日	● 年 ● 月 ● 日		番 号		
振込先	銀行 袋井 本店 金庫 袋井 支店 農協	ふりがな	ふくろい たろう			
		口座名義	袋井 太郎			
		口座種別	普通 当座			
		口座番号	1234567			
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	食事療養 標準負担額	養育 育成 療育 負担金
	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	<u>(A－B)+C+D</u>				