

子ども医療費助成金交付申請書

由布市長 様

申請者 住所
(保護者) _____
氏名 _____
電話 — —

子ども医療費助成金の支給を受けたいので、由布市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第6条の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請に関し、医療機関及び保険者に対し必要な情報を市が調査することについて同意します。

子 ど も	受給者番号		振 込 先 口 座	金融機関名		支店名		
	フリガナ			口座番号				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	氏名			口座名義人				
	生年月日	年 月 日		1. 上記口座に振込む 2. 前回と同じ口座に振込む				

※下記は医療機関等が記入してください。

保 険 診 療 額 領 収 証 明									
患 者 氏 名				生 年 月 日	年 月 日				
診 療 区 分	入院 ・ 医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ その他								
		(保険診療点数)		(保険診療一部負担金)		(保険診療点数)		(保険診療一部負担金)	
(診療月)	診 療 日 内 訳	1 日目	点	円	4 日目	点	円		
年 月 分		2 日目	点	円	5 日目 以 降	点	円		
診療日数		日	3 日目	点	円	総合計	点	円	
年 月 日									
(医療機関等) 所在地 名 称 代表者						印			

※下記は市役所記入欄です。

給 付 決 定 額		
一 部 負 担 金 ①	付 加 給 付 額 ②	助 成 決 定 額 (① - ②)
円	円	円