様式第4号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 | | | | | | |  | | | | | | |
| **こども医療費助成金支給申請書**  **国頭村長　　様**  **年　　　月　　　日** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| こども | フリガナ |  | | | 受給資格者証記号番号 | | | | こ医 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　 月　　日　生 | | |
| 受給資格者  (保護者) | フリガナ |  | | | | | | | 電話番号 | | （携帯電話）　　　－　　　－  （勤務先）　　　　　－ | | | | | | | | | | |
| 氏名 | ㊞ | | | | | | |
| 住所 | 国頭村字　　　　　　　　　　　　　　　　番地 | | | | | | | | | | | | | 健保 | | 国保 | | その他 | | |
| 加入医療保険 | 被保険者証 | 記号 |  | | | 番号 |  | | | | | | | | 1 | | 2 | | 3 | | |
| 保険の名称 | 国頭村　　全国健康保険協会（　　　）支部　　市町村職員共済組合　　公立学校共済組合駐留軍用員保険組合　　　その他(　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振込先 | 琉球銀行　　沖縄銀行　　海邦銀行  沖縄県農協　　郵貯銀行 | | | 本店・支店  支所・出張所 | | | | | | | | | | | | | 1　普通  2　当座 | | | | |
| 口座番号 | | | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | 氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等の証明 | | | | | | | | | | | | 1  医科 | 2  歯科 | | 3  薬剤 | | 4  その他 |
| 1  入院 | | | 2  外来 | | |
| 診療月 | 医療保険対象の総合点数又は本人一部負担金の額 | | | | | | | | | | |
| 年  月 | 総点数 | | 入院 | 十万 | 万 | 千 | 百 | | 十 | 壱 | 点 | 課税  ・  非課税  区分 | | 1　課税  2　非課税  3　課税合算  4　非課税合算 | | | |
| 外来 |  |  |  |  | |  |  | 点 |
| 本人一部負担金の額 | | 入院 | 十万 | 万 | 千 | 百 | | 十 | 壱 | 円 |
| 助成金算出基準額 | | | | | |
| 外来 |  |  |  |  | |  |  | 円 |
| 円 | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日  医療機関等の所在地・名称・開設者氏名  ㊞ | | | | | | | | | | | |
| 付加金控除額 | | | | | |
|
| 円 | | | | | |
|
| 加算金 | | | | | |
|
| 0 | | | | 1 | |
|
| 交付決定額 | | | | | |
|
| 円 | | | | | |
|
| 助成件数 | 件 | 年齢区分(未満児) | | | | | | 1歳　2歳　　3歳　４歳　５歳　就学前児　小学　中学　高校 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 供覧 | 課長 | 補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |

注　1　太わく内を本人で記入して、証明を受けてください。

　2　医療機関の証明は翌日の10日以降に受けてください。