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。