

第4号様式（第4条関係）

子ども医療費助成金支給申請書															
御杖村長 殿										年 月 日					
(申請者) 住 所															
氏 名															
金 円															
ただし、 年 月 分 医療費助成金を上記のとおり支給されるよう申請します。															
受 給 資 格 証						受 給 者									
受 給 者 番 号						氏 名									
加入医療保険名称						加 入 医 療 保 険 記 号 番 号									
なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。															
振 込 口 座		銀 行		種 別	普 通 当 座	番 号							フリガナ 名 義		
◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収証明書等を添付してください。															
医 療 費 の 状 況	入 院	医療機関: 名称 (所在地)													
		日 数・期間				総 点 数				自己負担支払額					
		日 (年 月 日～ 年 月 日)				点				円					
	外 来 等	①	医療機関: 名称 (所在地)												
			日 数				総 点 数				自己負担支払額				
			日				点				円				
		②	医療機関: 名称 (所在地)												
			日 数				総 点 数				自己負担支払額				
			日				点				円				
	③	医療機関: 名称 (所在地)													
		日 数				総 点 数				自己負担支払額					
		日				点				円					
※確認欄		保険の自己負担割合 (1割・2割・3割)						※高額療養費の有無 (限度額)							
※ 決 定							係	決 裁 年 月 日		年 月 日					
								支 給 年 月 日		年 月 日					
								台 帳 確 認							
	【自己負担額】－【高額療養費】－【一部負担金】 (円) － (円) － (円) ＝ 支給額														

※欄は記入しないでください。