

様式第5号 (第5条関係)

※申請期限は受診日の翌月から1年間です。各月、医療機関ごとに作成してください。

(例) 4月受診分は、翌月5月から翌年の4月末日まで申請できます。

受給資格者番号					

子ども医療費助成金交付申請書

豊後大野市長 様

平成 年 月 日

申請者 住 所 豊後大野市

(保護者) 氏 名

電話番号 — —



受 付	

次のとおり子ども医療費助成金の交付を申請します。

[受給者記入欄]

( 子どもの保険証を見ながらご記入ください )

子ども 氏 名 _____  (平成 年 月 日生まれ)  受給資格者番号 _____	加入医療保険	
	保 険 名	協会・組・船・共・国
	保険者名称	
	保険者番号	
	被保険者名	

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額 領 収 証 明 書															
子 ども 氏 名					生 年 月 日	平成	年	月	日						
診 療 月				年			月分	入 院 日 数			日	外 来 日 数			日
	入 院			入院外			歯 科			調 剤					
保 険 診 療 総 点 数															点
保 険 診 療 一 部 負 担 金															円
子 ども 一 部 自 己 負 担 金															円
入院時食事療養費標準負担額								食 事 療 養 に 係 る 回 数							円
区 分	1 未熟児医療			2 育成医療			3 補装具			4 その他					
平成	年	月	日	医療機関等 所 在 地 名 称 代 表 者 氏 名 電 話 番 号											

[豊後大野市記入欄]

(1 入院 2 外来 3 歯科 4 調剤 5 その他)

区分	一部負担金	一部自己負担金		小 計	高額療養費・付加 給付	合 計	交付決定額
区分	一部負担金	一部自己負担金	食事療養費標準 負担額	小 計	高額療養費・付加 給付	合 計	交付決定額