

大多喜町子ども医療費【通院】助成金給付申請書

(乳幼児・小学生・中学生)

平成 年 月 日

大多喜町長 飯島勝美 様

(申請者) 住 所
電話番号
氏 名



子ども医療費の助成を受けたいので、大多喜町子ども医療費の助成に関する条例施行規則第5条(第6条)の規定により申請します。

| | | | | | | | |
|--------|------------|---------------------------|---------|-----|--------|--|--|
| 子ども氏名 | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | ※ 小学・中学 | | 年生 | | |
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 加入医療保険 | 保険者名称 | | | | | | |
| | 記号・番号 | 記 号 | | 番 号 | | | |
| | 付 加 給 付 | 無 ・ 有 自己負担限度額 円 円未満切捨て | | | | | |
| 振込先口座 | 金融機関名 | | | 支店名 | | | |
| | 口座番号 | | | 種 別 | 普通・() | | |
| | (フリガナ)氏名 | | | | | | |

※医療にかかる領収書および子どもの健康保険証、申請者(保険扶養者)名義の金融機 通帳の写しを添付してください。

【町記入欄】

| 自己負担額 A | 付加給付額 B | 合 計 C(A-B) |
|------------|------------|---------------|
| | | |