

大多喜町子ども医療費【入院】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

⑩

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	平成 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) 口座名義人						

※医療に係る領収書および子どもの健康保険証、申請者（保険扶養者）名義の金融機関通帳の写しを添付して下さい。

【町記入欄】

入院年月日	自己負担金 A	付加給付額 B	食事療養費 標準負担額 C	合計 D (A - B + C)
H				
~ H				