

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)

令和 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)名義の金融機関通帳の写しを添付してください。

【町記入欄】

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