

第5号様式 (第5条、第6条関係)

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・ 高校生等)

年 月 日

大多喜町長 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					
振込口座	金融機関名		支店名				
	口座番号		種別	普通・()			
	(フリガナ) 氏 名						

【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)