

別 記

第 1 号様式（第 3 条関係）

児童入院医療費助成申請書

年 月 日

大多喜町長

様

住 所

氏 名

児童入院医療費の助成を受けたいので、大多喜町児童入院医療費の助成に関する条例第 6 条第 1 項の規定により申請します。

児童氏名		生年月日	
住 所		続 柄	
加入医療保険	保 険 者 名	記号番号	
振 込 先	金融機関名	口座種類	
金融機関	口 座 番 号	(ふりがな) 口座名義人	

【町記入欄】

自己負担額 A (食事療養費を除く。)	付加給付額 B	助成交付額 C ( A - B ) = C
円	円	円

添付書類

児童の健康保険証の写し及び入院医療費に係る領収書

医療保険各法以外の法令によって入院療養に関する給付又は助成を受けている場合は、その給付又は助成の内容を証する書類