

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)