

# 子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

別府市長

あて

申請者  
(保護者)

|       |                 |       |      |
|-------|-----------------|-------|------|
| 住所    | 〒 — —           |       |      |
|       | 電話 — —          |       |      |
| 氏名    | 子どもとの続柄 ( 印 )   |       |      |
| 振込先口座 | 金融機関            |       | 支店   |
|       | 預金種別<br>(口座名義人) | 普通・当座 | 口座番号 |
|       | フリガナ            |       |      |

下記の子どもに係る医療費助成金の交付を申請します。  
なお、私に対する医療費助成金の交付は、上記口座に振り込みください。

記

|          |               |               |  |
|----------|---------------|---------------|--|
| 受給者番号    |               |               |  |
| 子ども      | フリガナ          |               |  |
|          | 氏名            |               |  |
|          | 生年月日          | 平成 年 月 日      |  |
|          | 住所            |               |  |
| 医療機関等記載欄 | 保険診療額領収証明     |               |  |
|          | 診療月           | 平成 年 月分 ( 日間) |  |
|          | 区分            | 入院 ・ 入院外 ・ 調剤 |  |
|          | 保険診療総点数       | 点             |  |
|          | 他法公費負担点数      | 点             |  |
|          | 保険診療一部負担金     | 円             |  |
|          | 子ども医療費一部自己負担金 | 円             |  |
|          | 指定訪問看護の基本利用料  | 円             |  |
|          | 年 月 日         |               |  |
|          | 医療機関等所在地      |               |  |
| 名称       |               |               |  |
| 代表者      |               | 印             |  |
| 電話番号     |               |               |  |
| 医療機関番号   |               |               |  |

|       |              |        |        |       |       |
|-------|--------------|--------|--------|-------|-------|
| 受診者   | 生年月日         |        |        |       |       |
|       |              |        |        |       |       |
| 診療年月  | 入外           | 一部負担金  | 総医療費   | 高額療養費 | 附加給付金 |
|       |              |        |        |       |       |
| 食事療養費 | 自己負担金 (3歳未満) | (3歳以上) | (小中学生) | 交付決定額 |       |
|       |              |        |        |       |       |