

様式第5号(第4条関係)

子ども医療費助成金交付申請書

豊後高田市長 様 年 月 日

(申請者記入欄)

申請者(保護者)		振込先口座	
住 所		金 融 機 関 名	
ふりがな		支 店 名	
氏 名 (子どもとの続柄)		預 金 種 別	
		口 座 番 号	
電話番号		口 座 名 義 人	
対象となる子ども		加入医療保険	
ふりがな		被保険者等氏名	
氏 名		記号・番号	
生年月日	年 月 日生	保 険 者 (健康保険)名	

(医療機関等記入欄)

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明							
子 ど も の 氏 名			医療機関コード				
診 療 月	年 月 分		日 ~ 日 (診療実日数 日)				
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤			
保 険 診 療 総 点 数	点	点	点	点			
他法公費負担点数	点	点	点	点			
保険診療一部負担金	円	円	円	円			
特 記	1 未熟児医療 2 育成医療 3 補装具 4 その他()						
年 月 日 医療機関等所在地 名 称 氏 名 電話番号							

(豊後高田市記入欄)

保 険 診 療 費 自 己 負 担 額	食 事 療 養 費 自 己 負 担 額	高額医療費	付加給付金	交 付 決 定 額
円	円	円	円	円

(注)1 申請書は診療月ごとに作成してください。
2 申請期限は診療を受けてから1年以内です。