

様式第5号(第4条関係)

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

豊後高田市長 様  
(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			
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤	
保険診療総点数	点	点	点	点	点
他法公費負担点数	点	点	点	点	点
保険診療一部負担金	円	円	円	円	円
子ども医療費一部自己負担金	円	入院等に伴う一部自己負担に係る入院等の日数	日	世帯区分 1-2	
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)

自 己 負 担 額	高 額 医 療 費	付 加 給 付 金	交 付 決 定 額
保 険 診 療	円	円	円
一部自己負担金			

- (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。  
 3 持参するもの……保険証  
 4 保険証等、変更がありましたら届出をしてください。