

様式第4号(第4条関係)

子 ども 医 療 費 助 成 申 請 書					
年 月 日					
芦北町長 様		住所 芦北町			
申請者 氏名				⑩	
次のとおり、領収書を添えて子ども医療費の助成を申請します。					
子ども氏名		生年月日	年 月 日	続柄	
受給者証番号		保険者名			
被保険者氏名		記号番号			

療養機関等証明書(この欄はお手数ですが医療機関等でご記入ください。)

	診療月及び医療点数	公費負担	一部負担金
入院	年 月 日から 年 月 日まで(日分) 総点数 点	円	円
外来	年 月 日から 年 月 日まで(日分) 総点数 点		
歯科	年 月 日から 年 月 日まで(日分) 総点数 点		
調剤	年 月 日から 年 月 日まで 総点数 点		
医療機関等の所在地 療養機関等の名称		年 月 日 ⑩	

この欄は市町村で記入します。

	総費用額 A	一部負担金額 B	付加給付額 (高額療養費等) C	支給決定額 B-C
入 院	円	円	円	円
外 来				
歯 科				
調 剤				
計				

(注) この申請書を提出されるときは、受給者証と印鑑を必ず持参してください。