

(様式第6号)

こども医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

玖珠町長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 玖珠町大字 電話 — —
	氏名	(こどもとの続柄)
口座振替	金融機関	銀行・金庫・組合・JA 本店 ・ 支店
	預金種別	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

下記のこどもに係る医療費を請求します。

記

宛名番号							
受給者番号							
子ども	フリガナ		男・女	生年月日			
	氏名			平成・令和 年 月 日			
	住所	玖珠町大字					
加入保険	被保険者名又は世帯主の氏名						
	保険者名・保険者番号						
	附加給付	有 ・ 無					
保険診療領収証明							
診療月	年	月分(日間)	区分	入院・入院外・歯科・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					
こども医療費一部負担金		円					
指定訪問看護の基本利用料		円(日)					
令和 年 月 日 (医療機関等)所在地 名称 代表者							

玖珠町記入欄 (1. 入院 2. 外来 3. 歯科 4. 調剤 5. その他)

区分	一部負担金	一部自己負担金	高額療養費・付加給付等	(県・町)補助対象額	(特防)交付対象額	交付決定額