

子育て支援医療費助成申請書

令和 年 月 日

清里町長 古谷 一夫 様

住所

保護者氏名

印

助成対象者との関係(父・母・その他())
電話番号 ()

子ども	氏名			生年月日	令和 年 月 日生(満 歳)	
	住所	清里町		受給者番号		
保険区分	国民健康保険・社会保険・共済・組合健保・土健保・その他()					
振込先	信金・信組 農協・銀行	支店	口座 番号	口座 名義		
受取方法	1. 上記口座で受取ます。 2. 現金で(役場・札弦町支所・緑町支所)で受取ります。					
診療年月	申請額	医療機関名	区分	※役場処理欄		
				自己負担	備考	
年 月	円		入院・入院外 医科・歯科・調剤・その他			
年 月	円		入院・入院外 医科・歯科・調剤・その他			
年 月	円		入院・入院外 医科・歯科・調剤・その他			
年 月	円		入院・入院外 医科・歯科・調剤・その他			
年 月	円		入院・入院外 医科・歯科・調剤・その他			
年 月	円		入院・入院外 医科・歯科・調剤・その他			
年 月	円		入院・入院外 医科・歯科・調剤・その他			
年 月	円		入院・入院外 医科・歯科・調剤・その他			
年 月	円		入院・入院外 医科・歯科・調剤・その他			
合計				円		

中学生修了以降(満15歳を迎え最初の3月31日を超えた方の申請)は裏面の申請も記入してください。

※ 下記の欄は記入しないで下さい。

決定欄	課長	主幹・総括	主査	主任	主事	
	決定額	円	入院	円	入院外	円
	補助対象基本額	円	本人1割分	円	決定年月日	