

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

登別市長 様

住 所 登別市 町 丁目 番地

アパート・マンション名等・部屋番号

氏 名 印

電話番号 ()

申 請 内 容	受給者証 番 号		<input type="checkbox"/> 課 <input type="checkbox"/> 初	医療保険 記号番号		
	氏 名		生年月日	平成・令和	年 月 日	
	医療費助成金の 支払方法	1 現金払	金融機関名	銀行・金庫 本店 信金・信組 支店 出張所		
		2 口座振込	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
ゆうちょ銀行			1	0		
		(カタカナ) 名義人氏名				
子ども医療費領収書 (年 月分)						
	患者氏名	領収金額	入院・入院外の別	入院・入院外		
			診療実日数	日		
			初診回数	回		
	年 月 日 発行					
	医療機関	所在地	名称	開設者氏名	印	

※ 決 定 欄	総括主幹	主査	担当員	決定年月日	令和	年	月	日
				支払年月日	令和	年	月	日
1. 上記申請内容を審査した結果、次のとおり助成する。 2. 次の理由により上記申請を却下する。								
助成 決定	総医療費	法定自己負担額	保険給付額	自己負担額	領収金額	助成金決定額		
	円	円	円	円	円	円		
却下理由								