様式第５号（第５条関係）

子ども医療費助成申請（請求）書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 年　　月　　日 |

（宛先）えびの市長

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請(請求)者（保護者） | | 住所 |  | | |
| 氏名 | 印  （子どもとの続柄　　　　　） | | |
| 口座振込先 | 金融機関 | |  | | |
| 預金種別 | | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | |  | | |

下記の子どもに係る子ども医療費助成金を申請（請求）します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | | |  | | | | |
| 子　ど　も | ふりがな | |  | | 生年月日  　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | |  | |
| 住所 | |  | | | | |
| 保険診療額領収証明 | | | | | | | |
| 診療月 | | 年　　月分（　　日間） | | | | 区分 | 入院・入院外 |
| 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 | | | |
| 指定訪問看護の基本利用料 | | | | 円（　　　　　　　日） | | | |
| 年　　月　　日  （医療機関等）所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　印 | | | | | | | |