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　 |