別記第４号様式（第４条関係）

子　ど　も 医 療 費 助 成 申 請 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 子どもの氏名 |  | 生年月日 | 平成・令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 保険種類 | 国　保 ・ 社　保 ・ 共　済 | 記号番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等で記入欄 | 区　　　　　　分 | | 医科外来 | 医科入院 | 歯科外来 | 歯科入院 | | 調剤 | その他 |
| 診 療 月 | 月 | 医療費総額 | | | | 一部負担金 | | |
| 保険診療に要した  総額及び一部負担金 | | 円 | | | | 円 | | |
| 傷病名又は診療科名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 診 療 月 | 月 | 医療費総額 | | | | 一部負担金 | | |
| 保険診療に要した  総額及び一部負担金 | | 円 | | | | 円 | | |
| 傷病名又は診療科名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 診 療 月 | 月 | 医療費総額 | | | | 一部負担金 | | |
| 保険診療に要した  総額及び一部負担金 | | 円 | | | | 円 | | |
| 傷病名又は診療科名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  　　 　　令和　　　　　年　　　月　　　日  医療機関  住所氏名 | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 上記のとおり療養の給付を受けましたので、助成金を申請します。  　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　熊本県球磨郡湯前町　　　　　　　　番地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名  　　　　湯前町長　長谷　和人　様 |