第4号様式(第6条関係)

子ども医療費助成金支給申請書

年　　月　　日

桜 井 市 長 様

(注)※欄は、記入しないでください。

※金　　円

申請者　住　所
　　氏　名
　　電話番号

ただし、　　年　　月分　子ども医療費助成金を上記のとおり支給されるよう申請します。

受給資格証 受給者番号		受給者氏名	年　月　日生
加入医療保険名称		加入医療保険 記号番号	

なお、上記金額を次の金融機関に振り込んでください。

振込口座	銀行　本店 信用金庫　支店 農協　出張所	普通 当座	番号	フリガナ 名義		

※ 医療状況書	年　月分	該当制度(　子ども医療費助成　)

医療機関等記入欄	入院	入院日数：　日(　年　月　日～　年　月　日)		
		総点数 A	自己負担額 B	一部負担金 C
		点	円	円
	外来	通院日数：　日		
		総点数 A	自己負担額 B	一部負担金 C
		点	円	円
	上記のとおり診療し、自己負担額を徴収しました。 医療機関等　所在地 名称 氏名　印			

確認欄	保険の自己負担割合(　2割　・　3割　)	附加給付の有無(　　)
	高額療養費の有無(限度額＿＿＿＿円)	所得区分(上位・一般・低Ⅰ・低Ⅱ)
	他公費の有無(　　)	

※ 自己負担額(　　円)－附加給付額(　　円)－一部負担(　　円)＝支給額　　円
　　高額療養費(　　円)　金相当額

※交付年月日	年　月　日	※台帳整理	

月　日	
検収	