様式第4号（第4条関係）

子 ど も 医 療 費 助 成 申 請

記入要領

子ども医療費受給者証番号	5555	健康保険の種類	国保 ・ (社保) ・ 共済	
フリガナ	アサギリ　ハナコ	(男)・女	生 年 月 日	H R　年　月　日
子ども氏名	朝霧　花子			

※医療機関ごとに1月の合計額を、同じ医療機関でも通院と入院は分けて記入してください。

医療機関名（店舗名まで）		診療月	医療費総額（1点＝10円）	一部負担金（保険対象内）
○○病院	入院・歯科	○年 5月	5，600円	1，680円
医療機関名		診療月	医療費総額	一部負担金
		○年 6月	4，000円	1，200円
		診療月	医療費総額	一部負担金
		○年 5月	12，000円	3，600円
医療機関名		診療月	医療費総額	一部負担金
△□薬局○店	入院・歯科	○年 5月	3，200円	960円
医療機関名		診療月	医療費総額	一部負担金
	歯科	年　月	円	円
	入院・歯科	年　月		
医療機関名		診療月	医療費総額	
	入院・歯科	年　月	円	円
医療機関名		診療月	医療費総額	一部負担金
	入院・歯科	年　月	円	円
医療機関名		診療月	医療費総額	一部負担金
	入院・歯科	年　月	円	円

入院・歯科の場合は「入院」、「歯科」に○をしてください。

医療機関1か月分ごとに記入してください。店舗名がある場合は記入してください。

領収証の合計額（点数）を記入してください。1点＝10円です。

助成対象の負担金額の欄を記入してください。自費や容器代等の保険外分は含めないでください。

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。

あさぎり町長　様

令和　　年　　月　　日

住　　所：あさぎり町○○○番地○

氏　　名：　朝霧　太郎

電話番号：（できれば携帯番号をお願いします）

（注）1. 子ども医療費助成は、通院・入院等にかかる医療費について助成し、対象年齢は、満15歳に達する日以後の最初の3月31日までになります。
2. 診療を受けた月の翌月から起算して6か月を過ぎると助成できませんのでご注意ください。
3. 領収証、医療機関の証明を添付してください。