

様式第4号（第6条関係）

子ども医療費助成（償還払）申請書

年 月 日

島本町長 様

申請者（保護者） 住 所 _____

※対象者が18歳以上の場合は本人

氏 名 _____

電 話 _____

対象者との続柄（ ）

次のとおり医療費の助成を申請しますので、次の金融機関の口座に振り込んでください。
なお、対象要件の確認のため、住民登録、他の公費負担医療の受給、領収書の保険点数、附加給付の状況等について、関係機関に照会し、関係台帳等により確認することを承諾します。

対象者	年 齢 (受診日時点)	歳	健康 保 険 証	種 別	1 国保 2 社保 3 共済
	(フリガナ)			記号・番号	—
	氏 名			保険者番号	
	生 年 月 日	年 月 日		保険者名称	健保・共済・国保 全国健康保険協会 支部
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
振 込 先	銀行・農協 信金・信組	種別 普通 当座	口座名義人	(フリガナ)	
金 融 機 関	支店		口座番号		

※添付書類：医療機関発行の領収書（受診された方の氏名・保険点数・診療日数が入ったもの）

※処理欄（以下は、町で記入）

年 齢	種 別 ←年齢は受診時点	受診時期	日数	医療費総額	自己負担額 (給付率 %)	一部自己 負担金	高額療養費 (附加給付)	支給決定額
	0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500 円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
	0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500 円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
	0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500 円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
	0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500 円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
	0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500 円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
	0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500 円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
	計							

計算済 ⇒ 入力済