

様式第2号（第4条関係）

子ども医療費助成（償還払い）申請書

令和 年 月 日

島本町長 様

申請者（保護者）住 所 \_\_\_\_\_

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     | 年齢区分<br>(※受診時点)   | <input type="checkbox"/> 就学前 ( ) 歳<br><input type="checkbox"/> 小学生 ( ) 年生<br><input type="checkbox"/> 中学生 ( ) 年生 |          | 健康<br>保<br>険<br>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  | 平成・令和  | 年 月 日    |                   | 保険者名称  | 健保・共済・国保<br>全国健康保険協会 支部 |
| 住 所     | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |          |                   |        |                         |
| 振 込 先   | 銀行・農協<br>信金・信組  | 種別   | 普通<br>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<br>←年齢は受診時点                        | 受診時期                | 日数 | 医療費総額 | 自己負担額<br>(給付率 %) | 一部自己<br>負担金 | 高額療養費<br>(附加給付) | 支給決定額 |
|----|--|---------------------|----|-------|------------------|-------------|-----------------|-------|
|    | 0:入院 1:医科 3:歯科<br>4:調剤 5:補装具 6:2500 円超 | 年 月 日<br>~<br>年 月 日 |    |       |                  |             |                 |       |
|    | 0:入院 1:医科 3:歯科<br>4:調剤 5:補装具 6:2500 円超 | 年 月 日<br>~<br>年 月 日 |    |       |                  |             |                 |       |
|    | 0:入院 1:医科 3:歯科<br>4:調剤 5:補装具 6:2500 円超 | 年 月 日<br>~<br>年 月 日 |    |       |                  |             |                 |       |
|    | 0:入院 1:医科 3:歯科<br>4:調剤 5:補装具 6:2500 円超 | 年 月 日<br>~<br>年 月 日 |    |       |                  |             |                 |       |
|    | 0:入院 1:医科 3:歯科<br>4:調剤 5:補装具 6:2500 円超 | 年 月 日<br>~<br>年 月 日 |    |       |                  |             |                 |       |
|    | 0:入院 1:医科 3:歯科<br>4:調剤 5:補装具 6:2500 円超 | 年 月 日<br>~<br>年 月 日 |    |       |                  |             |                 |       |
|    | 計                                      |                     |    |       |                  |             |                 |       |

計算済 ⇒ 入力済