

平成 年 月分 枚	入院 (課税・非課税) 外来	3歳児 (誕生日)	以上 未満
-----------	-------------------	--------------	----------

第4号様式

受付番号

申請者へ

※太枠内を記入して下さい。
※医療機関の証明は
翌月の10日以降に受けて下さい。

こども医療費助成金支給申請書

中城村長 殿

平成 25 年 4 月 1 日

こども	フリガナ	ナカグスク タロウ		受給資格者証番号 4250999		
	氏名	中城 太郎				
	生年月日	平成 25 年 4 月 1 日				
受給資格者 (保護者)	フリガナ	ナカグスク ジロウ		電話番号 (自宅) (勤務先) 090-9999-9999 —		
	氏名	中城 次郎 ㊦				
	住所	中城村字 当間176番地				
加入医療保険	※協会けんぽの方は「1」に○を記入。 国民健康保険加入の方は「2」に○を記入。 それ以外の方は「3」に○を記入し、この空欄に加入保険者名を記入すること。			社 保 1	国 保 2	その他 3

医療機関の方へ

※太枠内を記入して下さい。
※科目別に一月の
診療分をまとめて証明して下さい。

医 療 機 関 等 の 証 明				1	2	3	4		
				医科	歯科	薬剤	その他		
診 療 年 月 日	平成 年 月 分	医療保険対象の総点数及び本人一部負担金の額 (ピン代消費税等保険のきかない費用分は除いて下さい。)					1 2 入院 外来		
	診療日を表示して下さい。	総 点 数	十 万	万	千	百	十	老 点	課 税 ・ 非 課 税 区 分
		本人一部負担金の額							1 課 税
		食事標準負担額							2 非課税
									3 課 税(合算)
平成 年 月 日				医療機関等の所在地・名称・開設者氏名				4 非課税(合算)	
				㊦				助成金算出基準額 円	
								付加金控除額 円	
								食事標準負担額 円	
								支給決定額 円	
備 考									