

平成 年 月分 一 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 年 月 日

こども	フリガナ 氏 名	-----	受給資格者証番号			
	生年月日	平成 年 月 日				
受給資格者 （保護者）	フリガナ 氏 名	-----	電話番号 （自宅） （勤務先）			
	住 所	中城村字				
加入医療保険				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						
			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					
	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								円	1 課税	2 入院 外来
		食事標準負担額								円	2 非課税	
							3 課税(合算)					
							4 非課税(合算)					
							助成金算出基準額					
							付加金控除額					
							円					
							食事標準負担額					
							円					
							支 給 決 定 額					
							円					
備考												