|  |
| --- |
| 様式第5号 |
| 　 | 助成内訳 | 一部負担金の額 | 控除額内訳 | 助成決定額 | 　 |
| 給付額 | その他 | 自己負担額 | 控除額計 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 子ども医療費助成申請書(請求書)　　　　年　　　月　　　日　　高原町長　殿住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月分の医療費を助成されたく申請(請求)します。 |
| 　 | 受給資格証番号 | 　 | 世帯主又は被保険者氏名 | 　 | 　 |
| 受診者 | 氏名 | 　 | 保険証記号番号 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 保険名 | 　 |
| 町内の金融機関名 | 　 | 口座番号 | 　 | 口座名義 | 　 |
| 　　　　年　　月診療 | 　 |
| 医療機関名 | 診療区分 | 診療日数 | 医療費総額 | 一部負担額 | 給付額 | 自己負担額 | 助成額 |
| 　 | 入院・入院外・歯科・調剤・他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 入院・入院外・歯科・調剤・他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 入院・入院外・歯科・調剤・他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 入院・入院外・歯科・調剤・他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 入院・入院外・歯科・調剤・他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 入院・入院外・歯科・調剤・他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　　　※領収書は必ず原本を添付してください。　　　※太枠内は記入しないでください。 |