|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |