様式第6号(第13、第14関係)

こども医療費助成交付申請書(令和　　年　　月診療分)

入院用(県単・町単)　　令和　　年　　月　　日

あて先　川根本町長

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者(保護者)氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電　話＿＿＿＿＿＿(　　)＿＿＿＿＿＿

こども氏名	(申請者との続柄　　)	加入保険	国保　　社保(　　割負担)
		記号番号	
		保険者名	
生年月日	年　　月　　日生(　　歳)	付加給付	有　　無

医療費公費負担制度適用の(有・無)	未熟児養育医療　育成医療　小児慢性特定疾病 その他(制度名　　)	
(医療費公費負担制度適用)養育・育成・小児慢性特定疾病	自己負担金	助成(自己負担金全額)
	円	円

種別	期間	A 保険診療自己負担額	B 食事診療自己負担額	C (A＋B)合計
入院	月　　日～ 月　　日 (入院日数　　日)	円	円	円
		D 高額医療費給付	E 健保付加給付	F (D＋E)合計
		円	円	円
助成算定(C－B－F)		(C－B－F) －　　－	助成確定額	円

振込先金融機関名	口座番号	口座名義
信用金庫　　本店 銀　行　　支店 農　協　　出張所	普	