

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 川根本町

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 ~	円	円	円
	月 日	D 高額医療費給付	E 健保付加給付	F (D+E)合計
	(入院日数 日)	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	普	
銀 行 支店		
農 協 出張所		