

様式第3号（第7条関係）

子どもの医療費助成申請書 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div> 柳津町長 様 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">申請者 住所 氏名 電話</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">④</div> <p style="text-align: center;">別添のとおり、医療機関等の領収書を添付して申請致します。</p>			
受給者証 記号・番号	柳 津 ・	入通 の別	1 入院 2 通院
子ども 氏名		生年 月日	年 月 日
助成申請額	療 養 給 付 分	円	
	食 事 療 養 分	円	
	外 来 薬 剤 分	円	
	訪 問 看 護 療 養 費 分	円	
	計	円	

- 1 申請書は、対象者1人につき1枚で申請して下さい。
- 2 申請は、医療給付を受けた月の翌月から5年以内で申請して下さい。
- 3 助成額は、口座振込となりますので、最初の申請時には振込みを希望する通帳を必ず持参下さい。

以下は市町村の使用欄です。

	一部負担金等	公費負担額	高額・附加	助成決定額
療 養 給 付 等 分	円	円	円	円
食 事 療 養 分				
外 来 薬 剤 分				
訪 問 看 護 療 養 費 分				
計				
備 考				