様式第３号（第８条関係）

支所受付欄	本課受付欄

子ども医療費助成申請書（　　年　　月診療分）

年　　月　　日

（あて先）掛川市長

住　所

申請者　氏　名（ふりがな）　㊞

電　話

医療費助成のため、所得状況等について市長が確認することに同意します。

捨て印

子ども	ふりがな 氏　名		生年月日	年　　月　　日
			性　別	男　・　女
	住　所	掛川市		

振込先	金　融　機　関　名	口 座 番 号	口 座 名 義 人（保 護 者）
	銀　行 信用金庫　　支店 農　協	普 No. 当	（申請者と同じ）

（太線内のみ記入してください。）

加入保険	保険者の名称		養育、育成等の公費負担制度を受けた場合は、その制度名
	保険証記号番号		未熟児養育医療 育成医療 療育医療
	附　加　給　付	無・有　付加給付額　　円 （円未満切捨て）	

種別	期　間	保険診療自己負担額 A	高額療養費 B	付加給付 C	乳幼児医療自己負担金 D	助　成　額 A－（B＋C＋D）
入院	日	円	円	円	円	① 円
通院	回	円	円	円	円	② 円

制　度	種　別	期　間	算　定　方　法	助　成　額
養育 育成 療育	入院	日		③ 円
	通院	回		

合計助成額①＋②＋③	円