

様式第3号（第8条関係）

●受診した月の翌月から1年以内に申請してください

●診療月ごと受給者ごとに1枚記入してください

●書き損じた箇所は二重線で見え消しにし、訂正印を押してください

子ども医療費助成申請書（令和×年 1月診療分）			
令和×年 4月 20日			
（あて先）掛川市長			
住所 掛川市長谷1-1-1			
申請者 <small>ふりがな</small> 氏名 かけがわたり 掛川太郎 印			
電話 23-8111			
乳幼児	ふりがな	かけがわたり	男
	氏名	掛川一郎	女
生年月日		令和×年 4月 1日	
住所	掛川市長谷1-1-1		
口座振込	金融機関名	口座番号	口座名義人（保護者）
	〇× 銀行 信用金庫 掛川支店 農協	普 当 No.0012345	（申請者と同じ） 掛川太郎



同じ名前 (保護者)

（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					
	附加給付	無・有 付加給付額 円 (円未満切捨て)			未熟児養育医療 育成医療 療育医療	
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
養育療 育成育	入院	日		③ 円
	通院	回		円

合計助成額①+②+③	円
------------	---