

様式第3号（第8条関係）

子ども医療費助成申請書（令和 年 月診療分） 令和 年 月 日 （あて先）掛川市長				
		住 所 申請者 <small>ふりがな</small> 氏 名 電 話	捨て印 	
子 ど も	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		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）	

（注）太線内のみ記入してください。

この医療費は、学校等でのケガで医療機関等に受診したものではありません。

（日本スポーツ振興センターからの給付は受けていません。）

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	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
	通院	回		円

合計助成額①+②+③	円
------------	---