

- 受診した翌月から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てください。

様式第3号（第8条関係）

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 氏 名 掛川 太郎 ① 電 話 21-1111				押印2カ所 ↓ 捨て印
子 ど も	ふりがな	かけがわ いちろう	生年月日	令和×年 4月 1日
	氏 名	掛川 一郎	性 別	(男) ・ 女
	住 所	掛川市 長谷1-1-1		
振 込 先	金 融 機 関 名	口 座 番 号	口座名義人（保護者）	
	<input type="radio"/> 銀行 <input checked="" type="radio"/> 信用金庫 掛川支店 <input type="radio"/> 農 協	<input checked="" type="radio"/> 普 No.0012345 当	（申請者と同じ） 掛川 太郎	

チェック
をお願いします。

(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	円	① 円
通院	回	円	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
------------	---