

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 申請者 住所 氏名 電話				
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 農協	支店	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 附加給付額 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	食事療養費 標準負担額 B	高額療養費 C	付加給付 D	自己負担金 E	助成額 A+B-(C+D+E)
入院	日	円	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
	通院	回		円

合計助成額①+②+③	円
------------	---