

様式第3号（第8条関係）

●受診日、入院日から1年以内に申請してください。

●受診月ごと、受給者ごとに1枚記入してください。

子ども医療費助成申請書（令和〇年〇月診療分）				
令和〇年〇月〇日				
（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		
電話		21-1111		
子ども	ふりがな	かけがわ いちろう	生年月日	令和〇年〇月〇日
	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）
	銀行 〇× 信用金庫 農協	掛川支店	(普) No.0012345 当	(申請者と同じ) 掛川 太郎

同じ名前
(保護者)

(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	附加給付 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	円	② 円

制度	種別	期間	算定方法	助成額
養育療 育成療	入院	日		③ 円
	通院	回		円

合計助成額①+②+③	円
------------	---