

様式第4号 (第5条関係)

子ども医療費給付申請書

令和 年 月 日

穴水町長様

申請者 住所

(保護者) 氏名 ㊟

電話 () -

別添領収書のとおり医療費を支払いましたので子ども医療費給付を申請します。

保護者	登録番号		加入健康保険	国保・国保組合	
	氏名			協会健保・組合・共済	
乳幼児 又は 児童	氏名		記号		
	生年月日	年 月 日		番号	

振込先	銀行・信用金庫・農協		支店
	口座名義人 (ｶｷ)		番号

※ 審 査 決 定	費用額	公費負担	高額療養費	一部負担金		
	入院				(単位:円)	
	外来					
	(計)				所定負担額	給付決定額
				-1,000		