

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

国 東 市 長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 ー ー 国東市		
	氏名	電話 ー ー ⑩ (子どもとの続柄)		
口座振替先	金融機関		支店名	
	預金種別		口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

下記の子どもに係る医療費を申請します。

記

受給者番号							
子ども	フリガナ				生年月日		
	氏名				年 月 日		
	住所	(申請者と住所が異なる場合のみ記入) 国東市					
医療保険	被保険者又は世帯主の氏名						
	保険者名・保険者番号						
	付加給付		有 ・ 無				
保 険 診 療 額 領 収 証 明							
診療月	令和 年 月分	【 日間】 (日～ 日)		区分			
保険診療総点数							点
地方公費負担点数							点
保険診療一部負担額							円
入院食事療養費標準負担額							円 (日)
指定訪問看護の基本利用料							円 (日)
医療機関等 記入欄	年 月 日			所在地 (医療機関等) 名称 代表者			印