

## 子ども医療費助成金交付申請書【記入例】

令和4年 4月 1日

国東市長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 873—0503 国東市国東町鶴川149番地 電話 0978 — 72 — 1111		
	氏名	保護者の氏名 ㊞ (子どもとの続柄 父 )		
口座振替先	金融機関	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
	預金種別	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	ほごしゃのこうざめいぎ		
	口座名義	保護者の口座名義		

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	おこさまのしめい			生年月日		
	氏名	お子様の氏名			令和〇年 〇月 〇日		
	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	