

様式1(第6条関係)

課長		GL		担当者	
----	--	----	--	-----	--

東 通 村 子 ども 医 療 費 助 成 申 請 書
(小学校1年生～満18歳等用)

申請日	令和	年	月	日
※提出日を記入してください。(郵送の場合は村で受理した日が申請日となります)				

東 通 村 長 殿

申請者(保護者)	
住 所	東通村大字
氏 名	Ⓡ

令和	年	月	受診分
----	---	---	-----

について領収書等を添付し申請します。

対 象 児 童 氏 名		生 年 月 日		学 年 (受 診 時)	
ふりがな		平成 年 月 日 生		小 中 高 年生	
男 女					
保 険 証					
種 別	国保・社保・その他	記 号	番 号		
支 払 金 融 機 関 の 名 称 及 び 支 店 名 等					
銀行・信金 信組・農協 漁協・信漁連		支店・本店 支所・本所 営業部		フリガナ 名義	

注1)次に掲げる分は助成の対象外となります。
・保険適用外の自己負担分・受診月の翌月から起算して6か月を超えた分・領収証のない分 など
注2)慢性疾患等により県等から公費助成を受けている場合は資格証等の写しを添付してください。
注3)添付いただいた領収証等は返還できませんのでご了承願います。
注4)支給日は申請した月の翌月の末日となります。
注5)休日や時間外の申請受け付けはしておりませんのでご留意ください。

*下記の欄は記入不要です。

医療 機関 証明 欄	保 険 診 療		入院	点	他法負担	点	一 部 負 担 受 領 額		
	総 点 数 (入院時食事療養費を除く)		外来	点			点 円		
			点(円)						
	入 院 食事療養費	入 院 日 数 日	一日当たりの 標準負担額	円	標準負担 受領総額	円			
	上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関等の 所在地・名称 開設者氏名 Ⓡ								
一部負担額A		標準負担額B		付加給付金C		受給者負担額D		給付決定額(A+B-C-D)	

※太枠内は申請者が記入してください。
※一枚で1ヶ月分の申請となります。