

大磯町小児医療費助成申請書

受給者番号		被保険者		
保険の種類	1. 国保 2. 組合 3. 政管 4. 日雇 5. 船員 6. 共済	被保険者等 記号番号		
保険者名	符号	名称		
小児の氏名	ふりがな	生年月日	平成 年 月 日	
申請の種類	1. 一般 4. 看護	2. 歯科 5. 補装具	3. 薬剤 6. その他	
入院・入院外の別	1. 入院 2. 入院外			
診療等を受けた期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
医療費総額	円	助成申請額	円	
病院等の名称 所在地				
申請の理由				
振込先	銀行	通帳	1 普通	口座番号
	信用金庫		2 当座	フリガナ
	J A			支店
上記のとおり、小児医療費の助成を申請します。				
大磯町長 殿		平成 年 月 日		
住所 (電話)				
氏名		印		
小児医療費助成を申請するにあたり、私又は小児を扶養する者の町税課税台帳の閲覧及び 収納状況を確認することに同意します。				
(署名又は印) 氏名		印		

※町記入欄

平成 年分の所得の合計額		円
控除額	雑損控除額	円
	医療費控除額	円
	小規模企業等掛金控除額	円
	障害者控除額	円
	寡婦・寡夫・勤労学生控除額	円
	児童手当法施行令第3条第1項による控除	円
	控除額計	円
控除後の所得額		円
助成対象の可否		可・否
助成額の計算	自己負担額(入院時食事療養費を除く)	円
	高額療養費 付加給付等	円
	控除額計	円
	差引助成額	円
	付加給付の計算等	

備考

1. 番号のある欄には、該当する番号を○で囲んで下さい。
2. ※印の欄には、記入しないでください。
3. 受給者番号欄には、小児の医療証の交付を受けている方のみ記入してください。
4. 被保険者名の欄には、国民健康保険に加入している方は世帯主名を記入してください。
5. 申請に当たっては、保険の療養費支給決定通知書又は次に掲げる項目を確認できる領収書を添えてください。
 - (1) 入院・入院外の別(入院の場合は入院日数)
 - (2) 受診者の氏名
 - (3) 領収書(入院時の給食費を除きます。)
 - (4) 保険診療点数
 - (5) 診療年月日
 - (6) 領収年月日
 - (7) 病院等の所在地、名称、領収印

請 求 書

(大磯町小児医療費助成事業)

大 磯 町 長 殿

の 分の医療費助成として

金 円

を請求します。

平成 年 月 日

保護者(申請者)

住 所

氏 名

印

請求書 記入例

請求書

(大磯町小児医療費助成事業)

大磯町長 殿

の 分の医療費助成として

金 円

を請求します。

平成 年 月 日

保護者(申請者)

住所 大磯町〇〇〇〇番地

氏名 大磯 太郎

大磯

請求書の「日付」と
「金額」は記入しな
いでください。