（様式第３号）（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 |  | | | 受付 | | 年　　月　　日 | |
| 伺 | | 年　　月　　日 | |
| 決定 | | 年　　月　　日 | |
| 支給 | | 年　　月　　日 | |
| 助成内訳 | 一部  負担金の額 | 控除額内訳 | | | | | 交付決定額 |
| 保険適用外 | その他 | | 控除額計 | |
| 円 | 円 | 円 | | 円 | | 円 |

子ども医療費助成申請書（請求書）

　　　　年　　月　　日

　椎葉村長　殿

申請者

住所　椎葉村大字

氏　名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月分の医療費 | | | | 外　来  入　院  調　剤 | | 分を助成されたく申請（請求）します。 | | |
| 受給資格者 | 資格証番号 |  | | | | 加入保険 | 世帯主又は被保険者氏名 |  |
| 氏名 |  | | | | 保険証記号  番号 |  |
| 生　年月日 | 年　 月　 日 | | | | 保険名 | 政 ・ 組 ・ 日  船 ・ 共 ・ 国 |
| 振込希望 金融機関名 | | 宮崎銀行・日向農協  　　　　　　　支店 | | | | | 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |
| この欄は、お手数ですが、医療機関においてご記入願います。 | | 年　　月　診療　　　入院・外来 | | | | | | |
| 診療実日数 | 総点数 | | 保険以外公費点数 | | | 一部負担金等受領額 |
| 円 | 点  円 | | 点 | | | 円 |
| 上記の一部負担金を受領いたしました。  年　　月　　日  所在地  医療機関等の　名称  氏名 | | | | | | |

「注」太線枠内は記入しないこと。

一部負担金等受領額には、入院時食事療養に係る標準負担額は含みません。