

こども医療費支給申請書

令和 年 月 日

嵐山町長 佐久間 孝光 様

申請者 住所 嵐山町
氏名
電話 ()

下記のとおり医療費を申請します。なお、町県民税課税台帳の内容確認を行うことに同意します。
併せて医療費の支給認定にあたり、必要があるときは、保険者その他官公署等に高額療養費、付加給付、他方負担分を照会することに同意します。

申請者記入欄	対象児	受給資格証番号	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
		ふりがな氏名		市町村民税の状況	課税 ・ 非課税
	生年月日	年 月 日	記号・番号		
			名称	電話 ()	

医療機関等記入欄	入院日		外来	
	領 収 書			
	¥ _____ ただし、 年 月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 円含む) ー入院時の食事療養標準負担額は含まないー			
	保険診療総点数	点	他法負担点数	点

入院時食事療養標準負担額
 ¥ _____ (算定食数 食)
 年 月 日

様

医療機関等所在地 (住所)
 名称
 氏名

市町村記入欄	一部負担金の額	高額療養費の額	付加給付額	助成額
	円	円	円	円
	入院時食事療養標準負担額	(市町村民税非課税)	(非課税で入院4か月以降)	
	円× 食= 円	円× 食= 円	円× 食= 円	

