

六戸町子ども医療費助成申請書

平成 年 月 日

六戸町長 殿

申請者(保護者)

住 所 六 戸 町

氏 名 印

電話番号

年 月分の子どもの医療費助成を下記のとおり申請します。

対象者氏名	生年月日	保 険 証			
男	年 月 日	記号	種別	国・社・組・共・他(
女		番号	名称		
申請者(保護者) 名義の振込先	銀行 組合 金庫 農協		店・所 営業部	普通 当座	
口座番号	口座名義(カタカナ)				

※ 太枠内は申請者が記入してください。記入漏れがある場合は対象外となることがあります。

医療機関等証明欄	保険診療総点数	外来	点	一部負担受領額	他制度公費負担	
		入院	点	点 円	点	
訪問看護療養分 (保険対象分のみ)	円	回数	基本利用料	自己負担額		
		回	円	円		
年 月 日 保険医療機関等所在地 名 称 代 表 者						印
薬局証明欄	保険診療総点数	点	一部負担受領額	円		
	年 月 日 保 険 薬 局 所 在 地 名 称 代 表 者					
一部負担額 A		他制度公費負担額 B		高額・付加給付 C		給付決定額(A-B-C)D

町税等への充当承諾書

私は、町税等に滞納がある場合は、「子ども医療費助成申請」に伴う助成決定額の全額・一部(円)を、充当することに承諾します。

平成 年 月 日

氏 名 印