

六戸町子ども医療費助成申請書

年 月 日

六戸町長 殿

(保護者)

住 所

氏 名

印

年 月分の医療費の助成を申請します。

対象者氏名	生年月日	保 険 証			
男 女	年 月 日	記号		種別	
		番号		名称	
申請者(保護者) 名義の振込先	銀 行 信 用 組 合 信用金庫 農業協同組合			本 店 支 店	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。

医療機関 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 印			

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」に伴う給付決定額の全額・一部(円)を、充当することに承諾します。

年 月 日

氏 名

印