

## 吉田町こども医療費助成交付申請書（入院・通院）

年 月 日

吉田町長 様

申請者 住 所  
(保護者) 氏 名

吉田町こども医療費助成要綱第8条第2項の規定により、次のとおり申請します。

|                                                   |                                                         |                   |  |               |           |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------|--|---------------|-----------|
| 受給者                                               | ふりがな                                                    |                   |  | 第 子           |           |
|                                                   | 氏 名                                                     |                   |  | 生年月日          | 年 月 日( 歳) |
|                                                   | 住 所                                                     | 吉田町               |  | 電話            | —         |
| 保護者                                               | 氏 名                                                     | (本人との続柄 )         |  |               |           |
|                                                   | 住 所                                                     | 吉田町               |  | 電話            | —         |
| 加入保険                                              | 保険証<br>記号番号                                             |                   |  | 被保険<br>者 氏 名  |           |
|                                                   | 保険者の<br>名 称                                             |                   |  | 保 険 者<br>の所在地 |           |
| 備考                                                | 〔母子保健法等他の法令による制度（養育医療、育成医療等）の適用を受けた場合は、その制度名を記入してください。〕 |                   |  |               |           |
| 支払口座                                              | 金 融<br>機 関 名                                            | 銀 行<br>信 金<br>農 協 |  | 本店<br>支店      | 口座<br>番号  |
| 口座名義人                                             | ふりがな                                                    |                   |  |               |           |
|                                                   | 氏 名                                                     |                   |  |               |           |
| この医療費助成の交付決定に当たり、助成の額の要件について、関係機関への確認をすることに同意します。 |                                                         |                   |  |               |           |
| 署名（保護者）                                           |                                                         |                   |  |               |           |

## \*役 場 記 入 欄

| 入 院<br>期 間 | 年 月 日から<br>年 月 日まで  | 診療日数                 | 入院 ( ) 日<br>通院 ( ) 日   |                     |                               |
|------------|---------------------|----------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|
|            | A<br>保険診療等<br>所 要 額 | B<br>医療保険各法<br>負 担 額 | C<br>他の法令等による<br>負 担 額 | D<br>食事療養費<br>標準負担額 | E<br>助成額<br>$A - (B + C) + D$ |
| 入 院        | 円                   | 円                    | 円                      | 円                   | 円                             |
| 通 院        | 円                   | 円                    | 円                      |                     | 円                             |

\* この申請により取得した個人情報については、当該助成事務以外には使用いたしません。