

診療月 年 月分

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
 （受給者との続柄）
 電話番号

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 —			
加入保険	被保険者 記号番号		被 保 険 者 氏 名		
	保 険 者 の 名 称				
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 機 関 名	銀行 本店 信金 支店 農協	口座 番号	普通 第 号 総合 当座	
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 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	診療日数	入院（ 通院（	） 日 ） 日	
	A 保険診療等 所 要 額	B 医療保険各法 負 担 額	C 他の法令等による 負 担 額	D 食事療養費 標準負担額	E 助成額 $A - (B + C) + D$
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。