様式第４号（第１１条関係）

**小山町こども医療費助成申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証 | 受給者番 号 |  | こども | ふりがな 　男 氏 名 女 |
| 有 効期 限 | 自　　　　 年 月 日至　　　 　 年 月 日 | 生年月日　　　　 年 月 日 |
| 加入保険 | 保険の種類 | 1協会 2組合 3共済 4船員5国保 6その他（　 ） | 保険者証記号番号 |  |
| 被保険者名 |  | 保険者名 |  |
| 金　融　機　関 | 銀行金庫農協　　　　 | 口座 | フリガナ |  |
| 名義人氏　名 |  |
| 本店支店支所出張所 | 種　　類 | 口　座　番　号 |
| １　普通２　当座３　その他（　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおりこども医療費助成を申請します。　　　　　　　　　年　　月　　日小山町長　様　　　　　　　　　　　住所保護者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　電話番号 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 町記入欄 | 決定点数 | 保険診療による自己負担額 | 入院時食事療養費 | 高額療養費 | 附加給付額 | 支給決定額 |
| 点 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 期　間 | 日 | 補助金自己負担額 | 円 | 補助金対象額 | 円 |
| 備　考 |  |