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 |  | | | | |