

子ども医療費助成申請書

年 月 日

遠別町長 様

保護者 住所 遠別町字
氏名
個人番号

㊟

子ども医療費の支給を受けたいので証拠書類を添えて申請します。

受給 対象者	受給者証記号番号	加入保険名
	住所	記号番号
		生年月日 年 月 日生 (満 歳)
氏名	個人番号	

※印欄は、記入しないで下さい。

添付書類 医療機関の発行した領収書

算定額	医療費支払額 円	付加給付額 円	※請求額 円	※町村決定額 円
入通院の区分 入院 通院			初診回数	

子ども医療費領収書 患者氏名 様 円也 上記のとおり、領収しました。 年 月 日 医療機関 住所 病院名 医師	入院 通院 歯科 ○で囲んで下さい。
	初診回数

この欄は、医療機関で記入して下さい。

㊟