

小児医療費助成金交付請求書

大和郡山市長 様

平成 年 月 日

金 円

申請者(小児を主に養育する扶養義務者)

住所 大和郡山市 町

氏名 印

生年月日(昭・平) 年 月 日 小児との続柄

電話 ()

ただし 平成 年 月分 小児医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。

助成対象小児	フリガナ	住所 (申請者と異なる場合のみ記入)				
	氏名					
	生年月日 平成 年 月 日					
加入医療保険	フリガナ	住所 (申請者と異なる場合のみ記入)				
	氏名					
	生年月日 年 月 日	小児との続柄				
保険種別	保険名称及び番号			加入医療保険記号番号	記号	番号
国(市・退・組)健(政・組・日)・船・共	番 号					

なお上記金額を次の金融機関に振込んでください。(通帳確認の上記入してください)

振込口座	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	口座番号	1 普通 2 当座	フリガナ 名義	
	銀行コード	店番	※ 申請者(扶養義務者)名義の口座をご記入ください。			

医療等の状況	診療月 平成 年 月	入院日数 (日)	総点数	点
	入院年月日 ~退院年月日 (年 月 日) ~(年 月 日)		自己負担支払額	円
	医療機関 名称等			

確認欄	保険の自己負担割合(3割)	高額療養費の有無(限度額)
-----	---------------	----------------

決定	自己負担額	高額療養費 (円)	=支給額	(円) -	一部負担金 (円)	円	その他 (円)	
	決裁年月日	課長		課長補佐	係長		係	受付
	交付年月日	課長		課長補佐	係長		係	受付
	台帳確認	課長	課長補佐	係長	係	受付		

○この請求用紙は、受診月・医療機関ごとに1枚記入してください。

◎添付書類 医療機関の領収書 高額療養費該当の場合は、高額療養費支給決定通知書