

様式第3号(第6条関係)

子ども医療費助成金支給申請書						
申請者の記入欄	年 月 日					
	山都町長 様					
	申請者 住所 山都町					
	氏名 個人番号					
山都町子ども医療費の助成を受けたいので、領収書を添えて申請します。						
受給資格者証番号				受診子ども氏名		
健康保険名				受診子ども生年月日	年 月 日	
個人番号						
医療機関等の記入欄	年 月分					
	診療区分(入院、外来、歯科、食事、柔整、訪問看護)					
	医療機関名	医療費総合	一部負担金	薬剤	日数	
	診療区分(薬剤)					
	医療機関名	医療費総合	一部負担金	日数		
町の記入欄	医療費総額	一部負担金	高額療養額	附加給付額	その他の控除額	助成額