様式第４号（第３条関係）

小国町子ども医療費助成金申請書

年　　月　　日

小国町長　様

申請者（保護者）　住 所　小国町大字

氏 名

Tel　(　　)-(　　)-(　　)

下記のとおり、小国町子ども医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

【 ＿＿＿＿年＿＿＿月分 】※申請期間は診療月の翌月から１年以内（例：４月診療分は翌年の４月末まで申請可）

病院にかかった子ども	受給者番号		加入保険証	国保・全国健康保険協会 他（　　）	
	氏　名				
	生 年 月 日	年　　月　　日	保　険　証	記号	番号

今回申請の医療費に、学校内でのケガ（登下校、部活含む）が含まれていますか？ ※具体的にケガをした時の状況を記入してください。 （例：学校の体育の授業中にケガをした。）	いいえ・はい
交通事故等、第三者による賠償の対象となっている医療費が含まれていますか？	いいえ・はい
高額療養費となる医療費が含まれていますか？ ※同月・同医療機関において保険診療内で21,000円以上支払った場合は事前に加入保険先にご確認ください。	いいえ・はい

※初回申請時 と 登録口座を変更される場合 のみ、口座情報をご記入ください。

振込金融機関	銀行　　支店 農協　　支所	普通 当座	口座名義（カタカナで記入） 口　座　番　号	

※申請の際は、下記に保険医療機関等で証明をもらうか、領収書を添付し月ごとに提出ください。

医療機関	診療明細	診療年月	診　療　日　数				診療総点数	一部負担金（医療機関受領額）
		年　　月	入院	日	入院外	日	点	円
				点		点	公費負担点数 点	
	上記のとおり、（氏名　　）保険診療にかかる一部負担金を領収しました。 年　　月　　日 保険医療機関 所在地　　氏　名　　印							
調剤薬局	診療明細	診療年月	診　療　日　数				診療総点数	一部負担金（受領額）
		年　　月	入院	日	入院外	日	点	円
				点		点	公費負担点数 点	
	上記のとおり、（氏名　　）保険診療にかかる一部負担金を領収しました。 年　　月　　日 保険医療機関 所在地　　氏　名　　印							

【助成額】※担当者記入欄

	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付等 C	自己負担額 D=A−(B+C)
入院				
通院				

支給決定額