

## 子ども医療費（乳幼児）交付申請書

年 月 日

志木市長 様

住 所.....  
 申請者 氏 名.....  
 電話番号.....（ ）

次のとおり申請します。また、この申請に係る医療費助成金は、登録時に依頼した口座に振り込むようお願いします。

|   |       |         |       |         |                |     |
|---|-------|---------|-------|---------|----------------|-----|
| 申請者記入欄                                      | 対 象 者 | 対象者番号   |       | 加入医療保険  | 加入者氏名          |     |
|   |       | フリガナ    |       |         | 記号・番号          |     |
|   |       | 氏 名     |       |         | 保 険 者<br>の 名 称 |     |
|   |       | 生年月日    | 年 月 日 |         | 電 話 番 号        | ( ) |
|   |       | 診 療 年 月 | 年 月 分 | 市民税等の状況 | 課税 ・ 非課税       |     |
| 市が健康保険組合等に診療報酬、療養費等の給付状況を確認することに同意します。      |       |         |       |         |                |     |
| 氏名（自署） <span style="float: right;">印</span> |       |         |       |         |                |     |
| 備考：   |       |         |       |         |                |     |

|          |                   |       |  |         |    |      |     |
|----------|-------------------|-------|--|---------|----|------|-----|
| 医療機関等記入欄 | 保 険 診 療 額 領 収 証 明 |       |  |         |    |      |     |
|          | 診療年月              | 年 月 分 | ( 日から 日まで)   | 入院      | 日間 | ・ 外来 |     |
|          | 診療等区分             | 診療科目： |  |         | 歯科 | 調剤   | その他 |
|          | 保険診療総点数           |       | 点  | 他法負担分点数 | 点  |      |     |
|          | 保険診療一部負担額         |       | 円  |         |    |      |     |
|          | 年 月 日             |       | (保険医療機関等) 所在地<br>名 称<br>代表者 <span style="float: right;">印</span> |         |    |      |     |

|       |        |        |             |   |
|-------|--------|--------|-------------|---|
| 処 理 欄 | 一部負担額① | 高額療養費② | 助 成 決 定 額   |   |
|       | 円      | 円      | ① - (②+③+④) | 円 |
|       | 付加給付額③ | 自己負担額④ |             |   |
|       | 円      | 円      |             |   |