様式第５号（第14条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

長泉町こども医療費助成金交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | | | | 長　こ　第　　　　　　　号 | | | | 加入保険 | | 被保険者氏名 | | | | |  | |
| ふりがな | | | |  | | | | 記号番号 | | | | |  | |
| 受診者氏名 | | | |  | | | |
| 保険者 | | 住所 | | |  | |
| 生年月日 | | | | 年　　月　　日生 | | | | 名称 | | |  | |
| 口座振込先 | | | | 金融機関名 | |  | | | | | 支店名 | | |  | | |
| 口座番号 | |  | | | | | 口座名義人 | | |  | | |
| 診療内容 | | 受診月 | | 医療機関 | | | | | 診療日数 | | | | 療養に要した費用 | | | 入院日数 |
| 所在市町村 | | 名称 | | |
| 年  月 | |  | |  | | | 日 | | | | 円 | | | 日 |
|  | |  | | | 日 | | | | 円 | | | 日 |
|  | |  | | | 日 | | | | 円 | | | 日 |
|  | |  | | | 日 | | | | 円 | | | 日 |
| 令和　　年　　月　　日  住　　所　長泉町  申請者　氏　　名　　　　　　　　　　（※署名または記名押印）  電話番号　〔　　　－　　　－　　　〕  　長泉町長　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 町記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診月 | | | 点数 | | 保険診療分  自己負担額 | | | | | 備考 | | | | | | |
| 年  月 | | | 点 | | 円 | | | | |  | | | | | | |
| 日数及び  単価 | | 入院時食事  標準負担額 | | 高額療養費 | | |
|  | | 円 | | 円 | | |
| 認定 | | | 助成金交付決定額 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 注意事項 | 1　太枠内のみ記入してください。  2　提出期限…医療の給付を受けた日から起算して1年以内  3　領収書を添付してください。  　(受診者名及び医療機関名が記載され、医療機関の印が押印されているもの) | | | | | | | | | | | | | | | |