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) |