

様式第4号（第4条関係）

係	係長	課長補佐	審議員	主管課長

南関町子ども医療費助成金申請書

令和 年 月 日

南関町長 佐藤 安彦 様

住 所 玉名郡南関町大字

申請者

氏 名 ㊟

昼間連絡が取れる電話番号

()

下記のとおり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。

こ ど も	受給者証 番 号		加 入 保 険	保 險 者 名	
	生 年 月 日				
	氏 名			記号・番号	

診 療 明 細	診療年月	診 療 日 数			診療総点数	一部負担金 (医療機関受領分)
	入 院	日	入 院 外	日	点	
		点		点	公費負担点数	点

上記のとおり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 ㊟

医 療 費	円	町 助 成 額
高額医療費	円	
付加給付額	円	
公費負担金	円	