

森町子ども医療費助成申請書				
森町長 様			年 月 日	
住所				
申請者 (保護者) 氏名 ㊟				
電話番号				
<p>子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。</p> <p>また、この申請に関し、医療機関及び保険者に対して必要な情報を町が調査することについて同意します。</p>				
(受給者)	フリガナ 氏名			
	生年月日	年 月 日	年齢	満 歳
加入医療保険	保険者名			
	記号		番号	
	被保険者氏名			
振込先	金融機関名		支店名	
	口座種別・番号		口座名義(カナ)	

※ 町記入欄

診療月	年 月	入院期間 年 月 日から 年 月 日まで		
種別	期間	保険診療自己負担額 A	高額療養費等の額(徴収額)B	療育・育成・療養費負担金 C
入院	日	円	円	円
通院	日	円	円	円
合計		円	円	円
助成確定額 (A - B) + C		円		

(注) 太枠内のみ記入してください。