（ 乳・学・高 ）

様式第５号（第５条関係）

※申請期限は受診日の翌月から１年間です。各月、医療機関ごとに作成してください。
（例） ４月受診分は、翌月５月から翌年の４月末日まで申請できます。

受給資格者番号						

子ども医療費助成金交付申請書

受　　付

豊後大野市長　様

令和　　年　　月　　日

申請者　　住　　所　豊後大野市
（保護者）　氏　　名　　㊞
　　電話番号　　―　　―

次のとおり子ども医療費助成金の交付を申請します。

〔受給者記入欄〕　　（　子どもの保険証を見ながらご記入ください　）

子ども　　氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（平成・令和　　年　　月　　日生まれ）

受給資格者番号							

加入医療保険	
保　険　名	協会・組・船・共・国
保険者名称	
保険者番号	
被保険者名	

〔医療機関等記入欄〕

保険診療額領収証明書																	
子ども氏名									生年月日	平成・令和　　年　　月　　日							
診療月				年			月分		入院日数			日	外来日数			日	
	入院				入院外				歯科				調剤				
保険診療総点数			点				点				点					点	
保険診療一部負担金			円				円				円					円	
子ども一部自己負担金	日		円	回			円	回			円						
入院時食事療養費標準負担額			円	食事療養に係る回数							回	単価				円	
区分	1　未熟児医療　　2　育成医療　　3　補装具　　4　その他																

令和　　年　　月　　日

医療機関等 所　在　地
名　　称
代表者氏名　　㊞
電 話 番 号

〔豊後大野市記入欄〕　　（1　入院　2　外来　3　歯科　4　調剤　5　その他）

区分	一部負担金	一部自己負担金		小　計	高額療養費・付加給付	合　計	交付決定額
区分	一部負担金	一部自己負担金	食事療養費標準負担額	小　計	高額療養費・付加給付	合　計	交付決定額

高額療養費申請〔未・済〕　／　スポーツ振興センター請求〔確認・済〕