

記入例（助成申請書）

医療機関ごと、月ごとに1枚ご提出ください。

このような場合にご提出ください。

- ・ 県外の医療機関を受診して医療費を支払ったとき
- ・ 医師の指示で治療用がね、補装具を作ったとき
- ・ 保険証を提示できずに窓口で10割支払ったとき

領収証等を必要な書類をお持ちください。

様式第6号(第9条関係)

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

別府市長 あて

子ども医療費助成金の交付を申請します。  
助成金は、下記口座に振り込み願います。

受給資格者番号 1 2 3 4 5 6 7

助成対象者 (保護者)	住所	別府市 <b>上野口町</b> <b>別府マンション401号</b>		朱肉を使うタイプの 印鑑を押印願います。		
	氏名	<b>別府 市郎</b> (印)				
振込口座	電話番号	080 - 0000 - 0000	子どもとの続柄	父・母 ( ) その他 ( )		
	金融機関名	〇〇	銀行・金庫・組合・農協	預金種別	普通・当座	
	支店名	<b>別府</b>	本店・支店・出張所	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
子ども	口座名義人 (カタカナ)	<b>ベップ イチロウ</b>				
	フリガナ	<b>ベップ イズミ</b>				
	氏名	<b>別府 泉</b>				
	生年月日	平成・令和	27 年 2 月 22 日			

お子さまの情報をご記入ください。

（保険医療機関等記載欄） 保険診療額領収証明	診療月	令和 年 月分 ( 日間 )	区分	入院・入院外・調剤	
	保険診療総点数		点	他法公費負担点数	点
	保険診療一部負担金		円	指定訪問看護 基本利用料	円
	4日目までの内訳		上記のとおり一部負担金を受領しました。		
		保険診療総額	一部負担金	年 月 日	
	1日目	円	円	保険医療機関等	
2日目	円	円	所在地		
3日目	円	円	名称		
4日目	円	円	代表者氏名		
			電話番号		
			医療機関番号		

備考 保険医療機関等が発行する保険診療証明書又は領収書の添付があるときは、保険診療額領収証明の記入は必要ありません。

※市使用欄

受診者	生年月日	区分
診療年月	入外	一部負担金
医療機関コード	3歳未満	3歳以上
診療年月	総医療点数	高額療養費
診療年月	点	附加給付金
医療機関コード	小中学生	交付決定額