

子ども医療費（償還払）助成申請書兼請求書

年 月 日

舟橋村長 様

〒
 申請・請求 住所
 及び依頼者 氏名 (印)
 (保護者) (連絡先TEL ー)

次のとおり助成金を申請します。
 また、交付決定された助成金を請求します。なお、下記の口座に振り込んでください。

子ども	受給資格証 記号番号		加入 保険	被保険者証 記号・番号	
	氏 名			保 険 種 別	国保・政府・組合・その他
	生年月日	年 月 日(歳)		保 険 者 番 号 及 び 名 称	

年 月分 保険診療領収証明書（入院・通院）

子ども氏名		診療日数	日間
保険診療合計点数 (食事療養費除く)	点	医療保険等負担点数 (食事療養費除く)	点
申請者からの領収額 (食事療養費除く)	円	左記金額には保険診療以外は含まれていません。	

上記のとおり領収したことを証明します。年 月 日

医療機関等の所在地及び名称
 開設者氏名 (印)

※助成内訳	保険診療 合計金額	控 除 額					交付決定額
		保険等負担分	他方公費負担分	一部負担金	附加給付分	計	
	円	円	円	円	円	円	

振 込 先	口座振替 指定金融機関	銀行 支店 金庫 農協 出張所				
	指 定 口 座	1 普通 2 当座	口座番号(右づめで記入)			
	フリガナ					
	口座名義(申請者のもの)					

- (注) 1 この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後村から助成を受ける場合に
 使います。
 2 病院等でもらった領収書(太枠の欄に準じた項目が記載されたもの。コピー不可)を添
 付してください。ただし、領収書を紛失した場合は、病院等で太枠内に記載してもらっ
 てください。(なお、病院等での記載に際し、別に費用がかかることがありますので事
 前に確認してください。)
 3 申請は診療月ごと、入院・通院の別に行ってください。
 4 ※欄は、村で記入します。

申請者記入欄

申請者記入欄