年　　月　　日

様式第4号（第6条第3項関係）

子ども医療費助成申請書及び口座振替依頼書

岬 町 長　　あて

届出人（保護者）
住所　岬町
氏名
電話

受給者（子ども）
氏名
生年月日　　年　　月　　日

下記のとおり医療費の助成を申請します。　　※注意　この申請は1ヶ月1枚です。

¥

年　　月分保険
診療一部負担金　—　一部自己負担金　＝　医療費助成申請額
円　—　　円　＝　　円

負担者番号		8	6	2	7	0	5	8	4
受給者番号									╳
保険証	記号				番号				

振込先金融機関		銀行　　支店	
預金口座	1・普通 2・当座	番号	
	名　義	ﾌﾘｶﾞﾅ	

領　　収　　書

¥

ただし受給者（　　）にかかる

年　　月分保険診療一部負担金

入院・入院外別 （総合病院は診療科名を記入）	入　院　・　外　来 （　　科）	診療を受けた期間	年　月　日から 年　月　日まで 診療実日数　　日
保険診療総点数	合計　　点 1日目（　月　日）　点 2日目（　月　日）　点 3日目以降　点		
公費負担区分 （結核・精神等）	点	医療費総額	円

（注）入院・外来は当該欄を〇で囲んで下さい。

年　　月　　日

医療機関等
住　所
名　称
氏　名