様式第1号

区分	小学生						中学生		
学年	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生	1年生	2年生	3年生

児童医療費助成申請書

(平成　　年　　月診療分)

平成　　年　　月　　日

朝日町長　殿

申請者
(保護者)

住所　朝日町

氏名　　印

(連絡先TEL.　　－　　)

次のとおり児童医療費の助成金を申請します。
また、交付決定された助成金は、下記の口座に振り込んでください。

児童	氏名	(男・女)	加入保険	被保険者証記号番号	
	生年月日	平成　　年　　月　　日		保険者番号	(注) 名称ではなく番号を記入して下さい。

振込先	金融機関名	店名	預金種別	口座番号	口座名義人
	銀行 金庫 農協	支店 本店 本所	普通 当座		(フリガナ)

自己負担額合計	※備考欄
円	

※以下「町処理欄」

助成内訳	保険診療合計金額	控除額			自己負担額	控除額	交付決定額
		保険等負担分	他法公費負担	附加給付・高額分			
	円	円	円	円	円	円	円