

※診療月別で申請願います。

様式第4号(第4条関係)

座間味村長 様										こども医療費助成金支給申請書										
										年 月 日										
こども	フリガナ	ザマミ スキタロウ				受給者番号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0												
	氏 名	座間味 好太郎																		
	生年月日	年 月 日生				(電話番号)	こども													
受給資格者 (保護者)	フリガナ	ザマミ スキオ				896-4045														
	氏 名	座間味 好男 印																		
	住 所	座間味村字座間味109番地								受給資格者										
加 入 医 療 保 険	被保険者証 記号番号	記号	番号		受給資格者の 勤務先等		社保	国保	その他											
		座国	111111																	
	保険の名称	座間味村				座間味村役場														

医 療 機 関 等 の 証 明										歯 科				
診療月	医療保険対象の総点数又は本人一部負担金の額													
年 月	総 点 数	入 院							点	1	6 カ 月 特 例			
		外 来							点	2				
	本人一部負 担金の額	入 院							円	3				
		外 来							円	4				
年 月 日										付 加 金 控 除 額				
医療機関等の所在地・名称・開設者氏名										円				
⑩										加 算 額				
										0		1		

注1 太枠内を本人で記入して、証明を受けてください。
2 医療機関の証明は、翌月の10日以降に受けてください。