

様式第4号(第4条関係)

こども医療費助成金支給申請書 座間味村長 様								年 月 日
こども	フリガナ				受給者番号			
	氏 名							
	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				—			
	氏 名							
	住 所				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	
	保険の名称							

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	
<div style="text-align: right;">⑩</div>										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。