

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	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			座間味村役場									
	保険の名称	座間味村													

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。