

(子) 子ども等医療費助成申請書

受給資格証	資格証 記号・番号		加入 保 険	被保険者 氏名	
	氏名			保険証 記号番号	
子ども等	氏名			保険者名	
	生年月日				
医療機関名	名称				
	所在地				
医療内容	入院・入院外の別		入院 ・ 入院外		
	期間	年 月 日 から 年 月 日まで			
<p style="text-align: center;">申請額 <u>金</u> 円</p> <p style="text-align: center;">内訳 本人支払額 円 (別紙領収書のとおり)</p> <p style="text-align: center;">控除額 円</p> <p style="text-align: center;">差引 円 (助成対象額)</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 隠岐の島町 氏名 電話番号 () ー</p> <p>隠岐の島町長 様</p>					

申請者確認	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	---