

※申請書は月ごと・医療機関ごとに必要になります。

**記入例** (例: 医院と薬局の領収書が別の場合は2枚必要 など)

※修正テープは使用できません。記入間違えは二重線で訂正願います。

# 大熊町子ども医療費助成申請書

令和 5 年 4 月 1 日

大熊町長 様

住民票上の住所を記入してください。

◎署名もしくは記名・押印  
(パソコン入力やコピー等の  
場合は押印が必要です)

住所 大熊町大字大川原字南平1717  
氏名 大熊 太郎 (大熊)  
電話番号 (090) \*\*\*\*-\*\*\*\*

受給者証番号	子どもの氏名	生年月日
1 2 3 4 5 6 7	フリガナ オオクマ ハナコ 大熊 花子	平成 2 4 年 5 月 1 日生

↓以下は医療機関が記入する証明欄ですので、記入しないようにお願いします。

※必要項目(患者氏名・診療日・診療点数等)が記載された領収書(原本)を添付の際には不要ですが、領収書にそれらの記載がない場合は、こちらに保険診療分がわかるように医療機関の証明をもらってください。

診療月	平成 (令和) 4 年 6 月分	
診療種別	(外来) 入院	
診療日数	療養の給付費	一部負担金として受領した金額
3 日	1540 点	自己負担額…①
食 事 療 養 費		
食事回数	標準負担額	自己負担額…②
回	円	0 円
助成申請額 (① + ②)	4620 円	

上記のとおり証明します。  
令和 4 年 7 月 3 日

証明欄内の訂正には訂正印が必要です。  
(シャチハタは不可)

保険医療機関等 名称 大熊接骨院  
氏名 大熊 梨男 (大熊)

※助成対象は保険一部負担金のみで保険外の負担金は助成の対象外です。