

記入例

第5号様式（第7条関係）

受給者番号	1234567890
受付年月日	

子ども医療費助成申請書（ 年 月診療分）
平成29年〇月×日

(宛先) 沼津市長

住所 沼津市御幸町16番1号

申請者氏名 沼津 太郎

電話 055-934-4827

申請書を記入する方

次のとおり申請します。なお、この申請に関し、医療機関、保険者、学校及び国又は地方公共団体に対し必要な情報を市が調査することについて同意します。

受診した
こどもの名前

受診者	氏名	沼津 花子 (申請者との続柄 子)	男・女	金融機関名	〇△□ 銀行 信用金庫 農協	
	生年月日	平成29年10月1日生(0歳)		店名	〇△□ 本店 支店	
加入保険	記号番号	XXXXXXXXXX		預金種別	普通 当座 その他()	
	被保険者氏名			口座番号	1234567	
	保険者名			口座名義	(カナ ママタ タロウ) 沼津 太郎	

保険証の写し
を添付するた
め省略

保護者又は
子ども本人名
義の口座情報

他の医療費助成	あり/なし	あり/なし	労働者災害補償保険の適用	あり/なし
	ありの場合は下記の該当するものに○ 母子家庭等医療/自立支援医療(育成医療)/ 小児慢性特定疾病医療/未熟児療育医療/ その他()	あり/なし	(ケガの治療の入院の場合) 交通事故・学校管理下での ケガによる第三者からの損害 賠償の有無	あり/なし

	日数	総医療費 A	食事療養費 標準負担額 B	保険者負担額 C
入院				
通院				
保険診療による自己負担額 D=(A+B-C)	控除額		支給決定額 G=D-(E+F)	
	高額療養費 E	自己負担額 F		
備考	他月(入院 通院) 兄弟姉妹 徴収額(小慢 自立 特定 障害) 装具 3			

(注) 太線の中を記入してください。