

# 記入例

赤枠の中をご記入ください。

様式第1号（第5条関係）

小中学生等医療費助成申請書

医療を受けた小中学生の子どもさんの氏名をご記入ください。

医療を受けた者の氏名	三朝 次郎					
医療を受けた病院（総合病院の場合は診療科）等の名称	別紙内訳のとおり					
所在地又は住所	〃					
入院・入院外の別	入院 入院外	医療を受けた期	自平成 至平成	年	月	日
医療に要した費用	円	加入保険者名及び記号番号	倉吉社会保険事務所 倉あいうえ - 1234			
添付書類	1 医療保険により、医療費の自己負担分を医療機関へ支払したその領収書 2 附加給付金支給額証明書					
医療費申請金額	円					

該当するほうにつけてください。

記入しないでください。

子どもさんの保険証の記号番号をご記入ください。

上記のとおり小中学生等医療費助成金の支給を申請します。  
平成21年2月2日

申請する方の住所・氏名・電話番号・みとめ印（シャリ以外）をお願いします。

申請者 住所 鳥取県東伯郡三朝町大瀬999番地2  
氏名 三朝 太郎 印  
電話 43-3520

三朝町長 様

## 小中学生等医療費助成決定状況

総医療費	保険対象額	決定給付額	自己負担額	附加給付金	差引医療費	給付年月日

この支払金は、下記指定の預金口座へ振込願います。

支払口座振込依頼書	山陰合同	銀行	三朝	支店	代理店	
	普通預金	信用金庫		支所	出張所	
	当座預金	農協	口座番号	1234567	口座名義	ミササタロウ
	三朝町長	様				

助成金の支払先の口座を指定してください。住所・氏名・みとめ印は同じようにご記入ください

住所 鳥取県東伯郡三朝町大瀬999番地2  
氏名 三朝 太郎 印

〃のため、当該小中学生及びその保護者の住民票、当該小中学生の属する世帯の住民税の課税台帳、その他認定に必要な書類を閲覧されることを承諾します。

申請者 住所 鳥取県東伯郡三朝町大瀬999番地2  
氏名 三朝 太郎 印

同じようにご記入ください