

受付番号NO. _____

受給者番号	0						
-------	---	--	--	--	--	--	--

子ども医療費支給申請書(一部自己負担額償還申請書・子ども標準負担額助成申請書)及び口座振替依頼書

_____年 ____月 ____日

守口市長 殿

住所 守口市 _____

申請者 氏名 _____

(保護者) 電話 (_____)

_____ 続柄(_____)

次のとおり子ども医療費の支給を保険証・明細書・領収書を添えて申請しますので、口座振替によって支払ってください。
 なお、支給の決定に際し、医療機関・保険者・他の公費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。

受診者 (子ども)	フリガナ _____	生年月日			
	氏名 _____	_____年 ____月 ____日生			
助成申請額	_____円	預金種目	該当するものを選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください。		
			普通	当座	貯蓄
口座振替先	守口市会計管理者 殿				
	振込先 _____	銀行・信用金庫・信用組合 _____			支店 出張所
	フリガナ _____	_____		口座番号	_____
	口座名義人	_____			

※ この申請書は1医療機関1ヶ月分の診療につき1枚提出してください。

※ 申請者と口座名義は同一人となるように記入してください。

守口市処理欄

以下は、守口市で記入しますので、記入しないでください。

申請理由	1. 府外受診 2. 医療証未提示 3. 補装具 4. 2,500円超 5. 食事療養費 6. その他				
医療の種類	1. 入院 2. 入院外(医科・歯科・調剤) 3. 補装具 4. 他()				
診療期間	_____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日 (日)				
医療費総額	給付割合	自己負担額	附加給付金	高額療養費	一部自己負担額
_____円	2・3割	_____円	_____円	_____円	_____円
備考			確認	入力	支給決定額
一部自己負担額 1日 _____円 + 2日 _____円 = _____円					
360円 × 食 = _____円	160円 × 食 = _____円				_____円
260円 × 食 = _____円	100円 × 食 = _____円				