

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 _____	_____			
	口座名義人 _____	口座番号 _____		_____	

※ 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					
460円×	食=	円	160円×	食=	円
260円×	食=	円	100円×	食=	円
210円×	食=	円			円

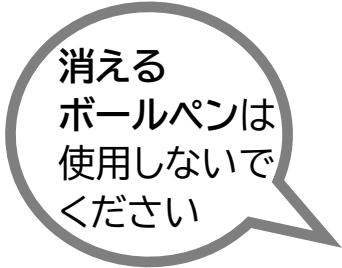
記入例

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

令和 元 年 〇 月 〇 日

守口市長 殿



住所 守口市京阪本通 2-5-5

申請者 氏名 守口 太郎

(保護者) 電話 (〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇) 続柄(父)

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	モリグチ ハナコ		生年月日		
	氏名	守口 花子		平成・令和 30 年 3 月 1 日生		
助成申請額	1,800			預金種別	該当するものを選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
口座振替	守口市会計管理者 殿					
	振込先	〇〇〇	銀行	信用金庫・信用組合	〇〇〇	支店 出張所
	フリガナ	モリグチ タロウ		口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	
	口座名義人	守口 太郎				

助成申請額は、わからない場合、記入不要です。

※ 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	以下、記入不要です。						他
医							円
診							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				
460× 食=	円	160円× 食=	円	円			
260× 食=	円	100円× 食=	円	円			
210× 食=	円			円			