

門川町子ども医療費助成申請書（請求書）

門川町長 殿 年 月 日

申請者 住所  
(保護者) 氏 名 印  
TEL

令和 年 月分医療費（入院・外来）の助成を受けたく申請（請求）いたします。

診療を受けた者	氏名	注：診察月の翌月の初日から申請することができます。 月ごとに申請書の提出が必要です。		
	生年月日		申請する医療費	令和 年 月診療分
振込口座	1. 児童手当と同じ口座を希望する。 2. 下記の口座を希望する。(通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください)			
	金融機関名	銀行・労金 信金・農協・漁協		支店・営業部 本店・出張所
	口座番号		口座名義 (カタカナ)	

※注意事項 この申請書は、診療を受けた月の末日までの分をまとめて、翌月の10日までに医療機関等の証明を受けて提出してください。

令和 年 月分診療（調剤）報酬 （入院・外来）		
診療報酬 請求点数	点	左記のとおり相違ないことを証明いたします。 年 月 日
診療報酬 一部負担金 受領額	円	医療機関等の 所在地 名 称 氏 名 印
調剤報酬 負担金受領額	円	左記のとおり相違ないことを証明いたします。 年 月 日 医療機関等の 所在地 名 称 氏 名 印
※ この欄は、お手数ですが医療機関及び調剤薬局等でご記入願います。 なお、特別室料、おむつ借料、容器料等の保険対象外の経費は控除してください。		

審査	適年分所得額 父 円 (扶養 人) 母 円 (扶養 人) ・ 所得制限額 円 否 課税世帯 ・ 非課税世帯	審査印	
助成内訳	一部負担金 合計額 (請求額)	控 除 額 内 訳	交 付 決 定 額
	附 加 給 付 額 等	控除（足切）額 控 除 額 計	
	円	円	円 円