様式第１号（第３条、第３条の２関係）

子ども医療費　助成申請書

阪南市長　様

年　　月　　日

申請者　住所 .....

氏名 .....

（電話　　－　　－　　）

下記のとおり医療費の助成申請をいたします。支給決定額については、下記口座に振り込んでください。
なお、医療費の支給に関し、課税状況等の確認が必要なときは、課税台帳等の閲覧を承諾します。

※医療該当年月日　　年　　月　　日

年　　月診療分（補装具は意見書の月）					
受給者	公費負担者番号		医療保険	保険種別	
	受給者番号			記号番号	
	氏　名			保険者名	
				所在地	
	生年月日			保険者番号	

申請内容	１．府外診療　　２．補装具装着 ３．一部負担金償還金 ４．医療証発行前受診（資格開始　　年　月　日） ５．医療証提示忘れ　　６．その他（　　）	振込口座	銀行・信用金庫 農協・信用組合　銀行番号 支　店　支店番号 種　別　普　通　・　当　座　・その他 口座番号 フリガナ 口座名義
診療内容	１．医科（入院）　　６．補装具（外来） ２．医科（外来）　　７．柔整 ３．歯科　　８．鍼灸マッサージ ４．調剤　　９．看護・移送 ５．補装具（入院）　　10．その他（　　）		

（医療機関記入欄）

領　収　明　細　書

領収金額 ..... 円

対象者 ..... にかかる　　年　　月分保険診療分　　＜負担割合　　割＞

診療科名　　科（入院 / 入院外）　　年　　月　　日～　　日（　　）日間					
診療日	保険診療点数	公費負担（結核・精神等）	保険診療分患者負担金	一部負担助成一部自己負担金	備考
	点	点	円	円	
	点	点	円	円	
	点	点	円	円	
4日目以降計	点	点	円	円	

年　　月　　日　　医療機関等　所在地

名　称　　印

※ここから下は、記入しないでください。

医療費総額（保険適用分）A	保険一部負担金（A×負担割合）B	高額療養費 C	家族療養附加金 D	公費負担医療助成金（80 を除く）E	福祉庭医療一部負担金 F	支給決定額 B−C−D−E−F