

子ども医療費助成申請書

当別町子ども医療費の助成に関する条例により助成を受けたいので関係書類を添えて申請します。

年 月 日

当 別 町 長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 (_____)

記

区 分		受 給 者 番 号	
受 給 資 格 者		生 年 月 日	
保 険 種 別			
当 別 町 内 の 支 払 金 融 機 関			
町外の支払金融機関			
口 座 番 号		フリガナ 口 座 名 義 人	

※下記欄は記入しないでください。

3 歳未満・3 歳以上非課税					
入	件	円	初診	回	円
外	件	円	初診	回	円
調	件	円			
歯	件	円	初診	回	円
その他	件	円	初診	回	円
3 歳以上課税					
入	件	円	1 割		円
外	件	円	1 割		円
調	件	円	1 割		円
歯	件	円	1 割		円
その他	件	円	1 割		円
小学生					
入	件	円	初診・1 割		円
その他	件	円	初診・1 割		円
助 成 額		円			

1 割 円