

様式第4号(第9条関係)

鳴 沢 村 子 ども 医 療 費 助 成 金 請 求 書

申請者記入欄	年 月 診 療 分		医療機関名()			
	住所 鳴沢村 番地		保護者氏名	子ども氏名	子ども生年月日	年齢
	電話番号 ()				年 月 日	歳
	保 険 区 分		保険証記号番号	加入している社会保険の名称		
<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> その他						
村記入欄	医療報酬請求点数 年 月分	実診療日数 点 日間	入院・入院外の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 治療材料 <input type="checkbox"/> その他()		医療機関等 所在地	
	入院時食事療養費(標準負担額□ 円 □ 円 □ 円) 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日 食事負担額 円× 日間= 円			名 称		代表者名 (印)
医療機関以外の証明						
家庭訪問看護療養費 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日 負担額 円× 日間= 円				その他の療養費 負担額 円		
訪問看護事業者 所在地 名称・代表者 (印)				上記のとおり相違ないことを証明する。 保険者 (印)		
村記入欄	A 療養に要した額		円	E 入院食事負担額等		円
	B 保険者負担額		円	F 高額療養費		円
	C 公費負担額		円	G 付加給付額		円
	D 本人負担額(A-B-C)		円	H 助成金請求額(D-F-G)		円
上記のとおり支給されるよう申請します。						
鳴沢村長 様						
年 月 日						
(申請者氏名) (印)						

※太枠内に必須事項を必ず記入して申請してください。