様式第3号（第5条関係）

こども医療費助成申請書兼請求書

【医療機関へのお願い】

これは熊本県菊池郡大津町が、こどもの健康の保持と健全な育成をはかる目的で実施する制度で、こどもが治療を受けた場合、その本人負担額を大津町が助成するものです。

お手数ですが、下記の欄にご記入くださるようお願いいたします。

（　　年　　月分）

氏名及び生年月日			平成・令和　　年　　月　　日生	
保険証の記号番号	記　号		番　号	
保　険　者　番　号			保険者名	
診　療　年　月　日	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　日間）			
入　・　通　院　等	1. 医科　2. 歯科　3. 調剤　4. 柔整　5. 補装具　　□入院　□外来			
治療にかかった総費用額（保険適用分）			円	
保険で支払われる費用額			円	
他の法律によって負担した費用額			円	
患者が負担した費用額（保険適用分）			円	
入院日数　　日	附加給付金		円	

上記のとおり相違ありません。

年　　月　　日

医療機関コード

医療機関名　　㊞

TEL

大津町長　　様

一金　　円

上記の金額を申請、請求いたします。

年　　月　　日

【受給者】 住所　菊池郡大津町

氏名　　㊞

大津町長　　様　　TEL

付加給付確認欄	無	有	高額（合算）確認欄	無	有	受給者番号	

※助成金の申請は、診療を受けた日の属する月の末日から起算して**一年以内**に申請してください。

【注】シャチハタネーム印は使用できません。印鑑を持参してください。