

菰野町重度疾病児童等医療費負担軽減申請書

ふりがな										
対象者名					性別		生年月日	年 月 日		
※診療月時点				診療年月	年 月		回数/年	回目		
年齢	歳	学年	幼以下・小・中・高							
※当てはまる方に「✓」		<input type="checkbox"/> 交通事故によらないもの <input type="checkbox"/> 学校の管理下でのケガではない								
		<input type="checkbox"/> 交通事故によるもの <input type="checkbox"/> 学校の管理下でのケガ		(申請対象外)						
振込口座	銀行・農協 支店 信用（金庫・組合） 出張所									
	名義人 (カタカナ)				種別	普通・当座	番号			
菰野町長あて										
菰野町重度疾病児童等医療費負担軽減に関する要綱第4条により交付を受けたいので、上記のとおり申請します。菰野町が制度の目的のため、必要事項を調査することを承諾します。										
令和 年 月 日										
申請者 住所 菰野町										
保護者氏名 電話番号										
※調査において、対象者及びその扶養義務者に町税の滞納があることが判明した場合は、菰野町重度疾病児童等医療費負担軽減制度対象外となります。										
(<input type="checkbox"/> 申請者確認)										

宛名番号	No.		有・無	医科	入院・外来	※加入健康保険証写し添付				
※福祉医療費受給資格がないこと				歯科	入院・外来	※領収証の写し添付				
合計 保険点数	a	一部 負担額		b (a× 割合)		高額 療養費	c	付加 給付額	d	
	点			円			円		円	
他公費	負担割合	負担区分	最終 自己 負担額	e (b-c-d)		控除 額	f	e-f		
有・無	割	ア・イ・ウ エ・オ		円			円	円		

※保険診療による医療費の自己負担額が1か月に1万円以上である。