

様式第5号(第8条関係)

市 記 入 欄	自 己 負 担 額	控 除 額	支 給 額	備 考
		高額療養費・附加給付等		
	円	円	円	
	入院・通院(医科・歯科・調剤)	点	日から	日まで
				日間

申 請 者 記 入 欄	こども医療費助成金支給申請書				
	医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。				
	年 月 日				
	(宛先) 湖西市長				
	住 所 湖西市				
	申請者 氏 名 (保護者)				
TEL					
年 月 分					
受 給 者 番 号	加入医療保険				
	記 号 番 号				
	保 険 者 名 称				
こども	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
	保 険 者 番 号				
	認 定 日	年 月 日			
助成を受けた 公費負担制度名	小児慢性特定疾病医療 ・ 自立支援医療(育成医療) ・ 未熟児養育医療 その他()				

医 療 機 関 記 入 欄	保 険 診 療 等 領 収 証 明			
	保 険 点 数	点	自 己 負 担 額	円
	入院時食事療養標準負担額	食×	円=	円
	計			円
	診療期間	入院・通院・調剤(年 月 日から 年 月 日まで)		
		年 月 日		
	所 在 地			
	医 療 機 関 等 名 称			
	代 表 者 名			
	(印)			

◆医療機関の証明がある場合でも、領収書等は添付してください。

◆医療機関の証明がない場合は、受診者・診療月・受診日数・保険点数の記載がある領収書を添付してください。