

読谷村子ども医療費助成金支給申請書

読谷村長 様

子ども医療費の助成を次のとおり申請します。

年 月 日

対象児	フリガナ				受給資格者番号	
	氏名					
	生年月日	年	月	日		
	住所					
保護者	フリガナ				連絡先	—
	氏名				(父・母)	—
加入医療保険 (該当番号を○で囲んでください)	国保 1	協会 けんぽ 2	駐留軍 3	その他		

医療機関の方へ

* 太枠内に記入して下さい。

医療機関等の証明		1 医科		2 歯科		3 薬剤		4 その他	
診療年月日	医療保険対象の総点数及び本人一部負担額の額 (容器代、消費税等保険のきかない費用分は除いてください。)							入院・外来	
年 月 日 から 年 月 日 分まで	総点数	十万	万	千	百	十	壱	点	課税・非課税区分 1 課税 2 非課税 3 課税(合算) 4 非課税(合算)
	本人一部負担金額							円	
	食事標準負担額								円
年 月 日								附加年金控除額	
医療機関等の所在地・名称・開設者氏名								印	支給決定額
備考									

申請にあたり以下のことに同意します。

- 1 申請の審査を受けるため、必要に応じて課税台帳の閲覧すること。
- 2 高額療養費や家庭療養附加給付金を受けることができる場合、医療機関又は保険機関等から診療情報等の写しを徴し閲覧、使用すること。
- 3 受給資格者証の交付を受け、医療機関での受診の際に受給者証を提示することにより助成金支給申請を行ったとみなすこと。
- 4 医療機関で受診した際に生じる自己負担金にかかる一切の情報を読谷村及び医療機関に提供すること。
- 5 助成金受給後、助成金を調整する必要が生じた場合、次月以降の支給額において相殺すること。