

## 小児医療費助成申請書

年 月 日

愛 川 町 長 殿

届出人 住 所

氏 名

印

電 話

下記のとおり、小児医療費の助成を申請します。

### 記

受 給 者	氏 名							
	生年月日	年	月	日				
	住 所	届出人と同じ・異なる（ ）						
診療年月		別紙のとおり	入院外来区分	入院・外来				
医療機関名称		別紙のとおり						
医療機関所在地		別紙のとおり						
申請理由		1 県外の医療機関等で受診 2 医療証交付前の受診 3 その他（ ）						
診療科目		医科・歯科・調剤・柔整・看護・補装具・その他（ ）						
総医療費		円						
一部負担額		円						
口 座 情 報	銀行名	銀行・農協・信金・信組・労働金庫						
	支店名	本店・支店・出張所						
	口座番号	普通・当座						
	口座名義人(カタカナ)							