

別記第4号様式

こども医療費助成金交付請求書

年 月 日

ニセコ町長 様

住 所 ニセコ町字
名 前
申請者 電 話
個人番号

こども医療費助成金の交付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて請求します。

交付請求額 金 円						
受給資格者	受給者番号			個人番号		
	対象こども氏 名			生年月日	年 月 日(才)	
	資格区分	☐ 3歳未満 ☐ 3歳～就学前(初・課) ☐ 小学生入院(初・課) ☐ 小学生通院 ☐ 中学生 ☐ 高校生				
	加入医療保険の種別	国保・協会けんぽ・健保組合 共済組合・国保組合・その他		保険者番号		
				記 号 番 号		
支払方法	振 込	金融機関	(支店)			
		口座番号			口座名義	

(この表には記入しないでください)

交付決定額 金 円					件 数	件	内初診	件
内 訳	区 分	総 点 数	保険者負担	高額又は付加給付	町補助分	道補助分	助 成 金 額	交 付 額
	入 院							
	入 院 外							
	調 剤							
	歯 科							
	装具・柔整							
	計	点	点	円	円	円	円	円
摘 要	(計算の基礎)							