様式第5号(第13条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子  子どもはぐくみ医療療養費請求書  　　　　　年　　　月　　　日  　　上板町長殿  (請求者)　住所　上板町  氏名  (電話　　　　　　　―　　　　　　　)  子どもはぐくみ医療の助成に関する条例施行規則の規定に基づき子どもはぐくみ医療療養費としてつぎのとおり請求します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 子どもはぐくみ医療療養給付費請求額 | | | | | | | | | 一金　　　　　　　　　　　円也 | | | | | | | | | | | |  |
| 受領区分 | | | | | | | | | 入院・外来・食事・コルセット等 | | | | | | | | | | | |
| 受領年月 | | | | | | | | | 年　　　月分 | | | | | | | | | | | |
| 受領者 | 受給証番号 | |  | | | | | | 加入保険 | 被保険者名 | | | | |  | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | 保険証記号番号 | | | | |  | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | 保険者名 | | | | |  | | | | | |
| 助成算定額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 一部負担金額 | | | | － | 附加給付額 | | 円 | | | | | | ＝ | | | 助成決定額 | | | | |  |
| 円 | | | | 療養費支給額 | | 円 | | | | | | 円 | | | | |
| 助成決定者　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一金  　　上記請求によるこどもはぐくみ医療療養費を領収しました。  　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　資金前途職員殿　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記請求によるこどもはぐくみ医療療養費を下記の預金口座に振込を依頼します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 振込先 | | 金融機関名 | | | | 支店・支所 | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 銀行  農協 | | | | 支店  支所 | | 普通  当座 | | |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |
|  | 名義人 | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| □　児童手当と同じ口座への振り込みを希望します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注　1　医療機関等で発行された領収書を添付して下さい。

　　2　治療用装具等について保険給付のある場合には「医療費支給証明書」を添付して下さい。

　　3　金融機関への口座振込を希望する場合は口座番号等を記載して下さい。