



# 記入例

太線で囲まれている部分を申請書に記入してください

淡路市乳幼児等に係る公費負担等医療費助成金交付申請書

申請額 金 円

受給者氏名 生年月日	子の氏名 ○年 ○月 ○日生		受給者番号 (乳・こ)	○○○○○○○○
個人番号	○○○○○○○○		加入医療 保険者名称	全国健康保険協会 ○○支部 保険者番号 (12345678)
被保険者 記号・番号	○○○○○○○○		公費の種類	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input checked="" type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療 <input type="checkbox"/> 難病法に基づく特定医療 <input type="checkbox"/> その他 ( )
医療機関等 の名	○○○○病院・薬局など	医療を受け た期間	○年 ○月 ○日 ~ ○年 ○月 ○日 ○日間	

総医療費 ①	保険者負担額 ②	他の公費等負担額 ③	助成金交付対象額 (①-②-③)
円	円	円	円

添付書類  
 1 保険給付がなされることを証明した書類  
 2 保険医療機関等において発行された領収書  
 (医療費、薬剤費が区別して記載されたものであること。)  
 3 医療保険が療養費払の場合は、療養費支給証明書  
 4 療養費附加金等がある場合は、附加給付等支給額証明書

上記のとおり淡路市乳幼児等に係る公費負担等医療費助成金の交付を申請します。

令和 ○年 ○月 ○日

淡路市長 様

住所 淡路市 生穂新島○○番地

申請者

氏名 申請者(保護者)の氏名

(電話 090-0000-0000)

日中に連絡が  
とれる電話番  
号をご記入く  
ださい

振込先金融機関名	預金種別	① 普通 2 当
○○○銀行	口座番号	○○○○○○○○
信用金庫	フリガナ	名義人のフリガナ
農協	口座名義人	名義人の氏名
信用組合		