

様式第1号（第5条関係）

淡路市幼児等福祉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	年 月 日生		加入医療 保険者名称	保険者番号 ()
個人番号				
被保険者 記号・番号				
医療の種別	入院・入院外・調剤・歯科・補装具・高額医療費・その他 ()			
医療機関等の 名称			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	被保険者等窓口 負担額(本人支払額) (①-②) ③	被保険者等自己負 担額相当額 ④	助成金交付対象額 ③-④
円	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 家族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幼児等福祉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 申請者 氏 名 (電話)				
振込先金融機関名		預金種別	1 普通 2 当座	
銀行 信用金庫 農協 信用組合		本店		
		支店		
		出張所		
		口座番号		
		フリガナ		
		口座名義人		

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

淡路市幼児等福祉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		加入医療 保険者名称		全国健康保険協会 ○○支部
個人番号					
被保険者 記号・番号	○○○○○○○○				保険者番号 (12345678)
医療の種類別	入院・入院外・調剤・歯科・補装具・高額医療費・その他()				
医療機関等 の称	○○○○病院・薬局など		医療を受けた 期	○年 ○月 ○日 ~ ○年 ○月 ○日 ○日間	
総医療費 ①	保険者負担額 ②	負担額(本人支払額) (①-②) ③	担額相当額 ④	助成金交付対象額 ③-④	
円	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 家族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幼児等福祉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 当座
○○○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		