

子ども  
心身障害者  
ひとり親家庭等

# 医療費助成金交付申請書

(あて先)

生駒市長

令和 年 月 日

金	円
---	---

住所 \_\_\_\_\_  
申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

平・令 年 月 分 医療費助成金を交付されるよう申請します。

受給者番号	受給者名	昭・平・令 年 月 日生
医療保険名称及び 保険者番号	医療保険 記号・番号	記号 番号

なお、助成金の振込は

次の口座へ振り込んでください。

振込口座	銀行	本店	口座番号	1 普通	フリガナ	名義
	信用金庫	支店		2 当座		
	信用組合			3 貯蓄		
	農協					

自動償還登録口座へ振り込んでください。

学校の怪我である  はい  いいえ

※以下の欄は記入しないでください。

※ 入院の状況		入院期間 (平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで)				
医療等 の 状 況	医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考	
		日	点	円		
	※ 通院の状況					
	医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考	
		日	点	円		
	医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考	
	日	点	円			
医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考		
	日	点	円			
合計				円		

自己負担額 (円)	附加給付額 (円)	一部負担金 (円)	支給額 (円)

医療費助成金の申請期間は5年です。

※点検
-----