様式第3号(第4条関係)

こどもの医療費助成申請書

輪島市長

　　令和　　年　　月　　日

保護者　住所　輪島市

氏名

電話番号

次のとおり、こどもの医療費の助成金を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| こども | ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | ※保護者と住所が異なる場合は、記入してください。輪島市　　　　　町 |
| 申請の理由 | 1　制度の対象外の医療機関であったため。2　こどもの医療費受給資格者証を持参しなかったため。3　こどもの医療費受給者証の交付前の診療であったため。4　その他 |

※これより下は、記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 | 8 | 8 | 1 | 7 | 4 | 0 | 6 | 5 | 受給資格者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 診療報酬額 | 本人負担額 | 高額療養費・付加金等 | 助成決定額 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |