

(記入例)

第2号様式(第5条第3号)

母子等医療費助成金交付申請書

(宛先)野田市長

平成 年 月 日

本人、世帯主 住所 野田市 鶴奉7 - 4  
 又は扶養者 氏名 野田 花子  
 電話 7125 -

申請者記入

受診者氏名	野田 花子		生年月日	昭和 年 月 日
加入 保 険	1 健康保険	名称 健康保険組合		
	2 共済組合			
	3 国保		会社名	
	4 その他			
助成金支給対象額 (本人支払額)	高額療養費	付加給付額	助成金支給額 - -	
振込先	千葉 銀行 野田 支店 口座番号		普・当 振りがな のだ たろう 名義 野田 太郎	
請求書				
平成 年 月 日				
上記助成金支給額のとおり請求いたします。				
(宛先)野田市長				
住所 野田市 鶴奉7 - 4 氏名 野田 花子				

医療機関記入

診療点数票					
診療機関	自	年	月	日	診療区分
	至	年	月	日	
診療総点数	左のうち公費負担分		本人支払額		
点	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	点	医	円	合計 円
	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	点			
入院時食事療養費標準負担額	(標準負担額)		食	円	
	円 ×	日 =	円		
上記のとおり診療いたしました。					年 月 日
様					
医療機関					所在地 名称 氏名