



石垣市子ども医療費助成金支給申請書

石垣市長 様

R 年 月 日

申請者 氏名
電話

下記のとおり、医療費の支給を申請します。

対象児童	フリガナ		受給資格者証 番号	
	氏名			
	生年月日	年	月	日生
加入保険	フリガナ		保険者 番号	
	被保険者 氏名			
	記号		番号	

★事務局確認 ※月額21000円以上の自己負担額がある場合、要確認。

合算		限度額利用状況 (年3回以上)		学校等でのケガ (お子さん)
----	--	--------------------	--	-------------------

支給額計算書（事務局記入欄）

加入保険	社保 ・ 国保	限度額	
診療年月日	年 月分	～	年 月分
外来	高額該当（有・無）	限度額	以内 ・ 超過
入院	高額該当（有・無）		
装具	(添付書類) <input type="checkbox"/> 指示書(医者) <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 支給決定通知		
計算 ・ 備考			
			支給年月
			年 月
			支給決定額