

第3号様式（第5条関係）

<h2 style="margin: 0;">子ども医療費助成申請書</h2>					
年 月 日					
中島村長					
申請者 住 所 氏 名 TEL ()					
印					
受給資格証 記号番号	記号 中 島	番号	子ども	氏 名	年 月 日
<h3 style="margin: 0;">保険診療証明欄</h3>					
診療月 年 月分 診療年齢 歳					
摘 要	・入院 ・入院外 ・歯科 ・薬剤 ・その他 (診療科 科)				
保険診療合計点数 (保険適用分月額)	点				
一部負担領収金額 (保険適用分月額)	円				
食 事 療 養 費 (保険適用分月額)	円				
医 療 機 関 コ ー ド	年 月 日				
医療機関等	住 所 名 称 印				

※振込先を変更する場合は申し出てください。