

このような場合にご提出ください。

- ・大分県柔道整復師会の会員以外の整骨院を受診したとき

領収証をお持ちください。

様式第6号(第9条関係)

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

別府市長 あて

子ども医療費助成金の交付を申請します。
助成金は、下記口座に振り込み願います。

受給資格者番号	1	2	3	4	5	6	7
---------	---	---	---	---	---	---	---

助成対象者（保護者）	住所	別府市 上野口町 別府マンション401号	
	氏名	別府 市郎 印	
	電話番号	080 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	子どもとの続柄 父 ・母 その他()
振込口座	金融機関名	〇〇 銀行 ・金庫・組合・農協	預金種別 普通 ・当座
	支店名	別府 本店・ 支店 ・出張所	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
	口座名義人(カタカナ)	ベップ イチロウ	
子ども	フリガナ	ベップ イズミ	
	氏名	別府 泉	
	生年月日	平成 ・令和 27 年 2 月 22 日	

朱肉を使うタイプの印鑑を押印願います。

お子さまの情報をご記入ください。

（保険診療額領収証明）	診療月	令和 4 年 4 月分(5 日間)	区分	入院・ 入院外 ・調剤	
	保険診療総点数	10,592 点	他法公費負担点数	点	
	保険診療一部負担金	2,118 円	指定訪問看護基本利用料	円	
	4日目までの内訳		上記のとおり一部負担金を受領しました。		
		保険診療総額	一部負担金	年 月 日	
	1日目	3,901 円	500 円	保険医療機関等	
	2日目	1,933 円	390 円	所在地 別府市▲〇町▲番〇号	
	3日目	1,586 円	320 円	名称 〇〇〇整骨院	
4日目	1,586 円	320 円	代表者氏名 〇〇 〇〇 印		
			電話番号 0977-〇〇-〇〇〇〇		
			医療機関番号 〇〇〇〇〇〇〇〇		

整骨院で記載してもらおう欄です。

備考 保険医療機関等が発行する保険診療証明書又は領収書の添付があるときは、保険診療額領収証明の記入は必要ありません。

※市使用欄

受診者	生年月日	区分
診療年月	入外	一部負担金
診療年月	総医療点数	高額療養費
医療機関コード	3歳未満	3歳以上
	小中学生	交付決定額