

第4号様式（第5条関係）

こども医療費助成申請書		平成 21年 10 月 1 日	
須賀川市長		申請者 住所 須賀川市八幡町135 (保護者) 氏名 須賀川太郎 ㊟	
(電話0248-75-1111)			
受給者番号	77777	こども氏名	須賀川花子
生年月日	平成21年 10 月 1 日		

保 険 診 療 証 明 欄													
下記のとおり証明します。													
コード _____													
医療機関名 _____													
所在地 _____													
名 称 _____													
代表者 _____ ㊟													
入院・入院外の別		入院・入院外											
診 療 月		年 月分		診 療 日 数								日	
保険診療合計点数		点		公 費 負 担 等		育成・養育・更生・その他							
受 領 金 額 (保険診療分のみ額)		円		医 療 等								円	
食 事 提 供 回 数		回		入院時食事療養費標準 負担月額(受領額) (提供回数×標準負担額)						円			
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額		円											
診療科目	1	2	3	4	医科細目	1	2	3	4	6	9	10	14
	医科	歯科	調剤	その他		内科	小児	外科	小外	皮ふ	眼科	耳鼻	その他( )

高額療養費支給に関する確認書（申立書）						
下記のとおり確認（申立て）します。						
平成 21年 10 月 1 日						
須賀川市長						
確認者（申請者）名 須賀川太郎 ㊟						
療養を受けた人氏名	療養を受けた病院・診療所等	病院・診療所等で支払った一部負担金	世帯合算額から控除する額	高額療養費支給決定額	付加金決定額	
合 計						
助成決定額						円