

子ども医療費助成申請書		◎ 受給資格者記入欄
令和 年 月 日		
川俣町長 様		
住所 川俣町		
委任者 氏名 (受給者) ⑩		
下記柔道整復施術療養費支給証明書に基づく子ども医療費の助成金の受領を、下記の者に委任します。あわせて、自己負担額等の療養費に係る事項に関し、川俣町が保険者に対して照会することを承諾します。		

柔道整復施術証明書			◎ 施術所記入欄
療養を受けた者			
受給資格者証番号	氏名 (生年月日)		
	(年 月 日生)		
診療年月		診療科	
年 月診療分	柔道整復		
療養の給付			
療養費①	一部負担割合②	一部負担金額 (①×②)	
円	2割 ・ 3割	円	
上記のとおり施術したことを証明します。			
年 月 日			
施 術 所 住 所 名 称 ⑩			
(受任者) 柔道整復師 電 話 氏 名 番 号			
振込先	銀行	支店	普通 ・ 当座
	口座番号	口座名義人	

- (申 請 上 の 注 意)
- ※ 委任者(受給者)住所氏名欄は、受給者による自署の場合、押印を省略することができます。
- ※ 偽りその他不正の申し立てによって助成を受けた場合は、当該助成額の全部又は一部の返還を命ずることとなります。
- ※ 助成金は、保険者に対して自己負担額等を確認後の支給となります。確認の結果、助成金が減額となる場合があります。
- ※ 記入された金額の訂正は認められませんので、ご了承ください。