

乳幼児等医療費助成申請書

年 月 日

枝幸町長 様

申請者
個人番号
住 所
氏 名
(電話番号)



乳幼児等医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

| | | | | |
|-------|--|-------|----------|----------------|
| 受給資格者 | 受給者番号 | | 個人番号 | |
| | 受給者氏名 | | 負担割合 | 初診時一部負担金 1割 |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| 振込先口座 | 金融機関 | | | 加入医療保険 |
| | 口座番号 | 普通・当座 | 保険者の名称 | |
| | 口座名義 | | 保険の記号・番号 | |
| 申請理由 | 1. 受給者証交付前 2. 受給者証の未提示 3. 道外診療 4. 補装具 5. 医療保険証の未提示 6. その他 () | | | |

支給決定年月日 年 月 日

| 支給決定額 金 円 | | | | | | | |
|-----------|-----|-------|--------|-------|-------|-------|-----|
| | 区分 | 保険診療額 | 保険者負担額 | 自己負担額 | 一部負担金 | 高額療養費 | 支給額 |
| 内 | 入院 | | | | | | |
| | 外来 | | | | | | |
| 訳 | 歯科 | | | | | | |
| | 調剤 | | | | | | |
| | その他 | | | | | | |
| | 合計 | | | | | | |