

## 乳幼児等医療費助成申請書

年 月 日

月形町長 様

保護者 住 所 月形町

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

乳幼児等医療費の支給を受けたいので証拠書類を添えて申請します。

記

受 給 者	公費負担者番号	90011107 91011106	92011105	医療保険		
	受給者証番号			記号番号		
	住 所	月形町				
	氏 名		生年月日	年 月 日生		
医療を受ける た病院等	名 称					
	住 所					
支 払 方 法	1振込  2現金	振 込 口 座	銀 行 農 協 信用金庫	本店 支店 本所	口座番号	普通・当座・( )
					(カナ)名義人	
添付書類	医療機関の発行した領収書 (裏面添付)					

区 分	件数	窓口支払額			給付額 =A
		A	一部負担金	助成額	
入 院					
入院外					
歯 科					
調 剤					
計					