

乳幼児等医療費支給申請書

年 月 日

月形町長 様

保護者 住所

氏名

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	氏名		受給者証の種類・番号	初課	負担割合	1割・2割・3割
	住所		生年月日		年 月 日	
申請額 (療養に要した費用)		円	内科入院・内科入院外・ 歯科入院・歯科入院外・調剤	診療月	年 月	
医療を受けた病院等						
支払方法	<input type="checkbox"/> 振込	銀行 本店 農協 本所 信金 支店	口座番号 口座名義 (カタカナ)	普通 当座		
	<input type="checkbox"/> 現金					
添付書類		医療機関の発行した領収書				

※決定欄	課長		課長 補佐		係長		係		決定 年月日	年 月 日	
	1 上記申請内容を審査の結果、次のとおり支給する。										
	2 次の理由により上記申請を却下する。										
	支給決定	区分	件数	総医療費	保険給付額	高額療養費	付加給付及び 保険対象外額	支給決定額			
								公費90	公費91・92	計	
		医科入院									
		医科入院外									
歯科入院											
歯科入院外											
調剤											
計											
却下理由											

(注) 申請者は※欄を記入しないでください。