

様式第4号(第6条関係)

乳幼児医療費支給申請書						
年 月 日						
(あて先) 三 芳 町 長						
申 請 者			住 所 氏 名	印		
			電 話	()		
下記のとおり医療費の支給を申請します。						
申請者の記入欄	対象乳幼児	受給資格証番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名	
	ふりがな氏名		市町村民税の状況		課税	・
	生年月日	年 月 日		記 号 番 号		
				名 称		
				電 話 番 号	()	

注) 上部申請書は、申請者が記入してください。

医療機関等記入欄	領 収 書		入 院 日	外 来
	¥ _____ ただし、 年 月分の保険診療一部負担金(他法本人負担額 円を含む。) 入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない。			
	保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
	年 月 日			
	様			
医療機関等所在地(住所)				
名称				
氏名				
印				

注) 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

町記入欄	一部負担金の額	高額療養費の額	附加給付額	自己負担額	助 成 額
	円	円	円	円	- (+ +) 円