

様式第 1 号

乳幼児医療費助成申請書

島 本 町 長 様

申請者 住 所 島本町
(世帯主) 氏 名 印
電 話

次のとおり医療費の支給を申請しますので、下記金融機関の口座に振り込んでください。
なお、添付する領収証書の保険点数について、医療機関に照会することに同意します。

平成__年__月分・領収書枚数(__枚) 医療費支給申請額 _____ 円

受給者	乳幼児氏名				健康	記号番号	-	
	生年月日	平成	年	月	日	保険	保険者名称	健保・共済・国保 社会保険事務所
	住 所	申請者と同じ その他：島本町			証	保険者番号		
振込先	銀行・農協 信金・信組	種別	普通	口座名義人	カナ			
金融機関	支店		当座	口座番号				

添付書類：医療機関発行の領収証書（受診された方の氏名・保険点数・診療日数が入ったもの）

支給決定欄（この欄は、町が記入します。）

【 府 ・ 町 】

種 別	日数	医療費総額	自己負担額 (給付率 %)	一部自己 負担金	高額療養費 (附加給付)	支給決定額
入院・外来 医科・歯科・調剤・()						
入院・外来 医科・歯科・調剤・()						
入院・外来 医科・歯科・調剤・()						
入院・外来 医科・歯科・調剤・()						
入院・外来 医科・歯科・調剤・()						
入院・外来 医科・歯科・調剤・()						
入院・外来 医科・歯科・調剤・()						
入院・外来 医科・歯科・調剤・()						
入院・外来 医科・歯科・調剤・()						
入院・外来 医科・歯科・調剤・()						
計						