

乳幼児等医療費助成金支給申請書兼決定書

受給者記入欄	住所		保護者氏名(乳幼児等の父又は母)		受 診 者	保護者との続柄		氏名		
	医療保険種別	被保険者・被扶養者	記号・番号	名 称		生 年 月 日	年 月 日			
						受給者番号	第 号			
	個人番号					個人番号				
役 場 記 入 欄	傷病名	診療報酬請求点数	診療日数	療養区分	(看護又は施術期間)			(移送区間及び時期)		
		年 月 分	日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	年 月 日 ~	年 月 日 (日間)		から まで		
		点(初診 回)		<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他	(移送方法及び回数)			(看護又は移送を必要と認めた理由)		
	療養に要した費用額			円…(A)	(回)					
	保険者負担額 (公費負担額のある場合はその額も含む)			円…(B)	負担区分			備考		
	法定自己負担額 (A) - (B)			円…(C)	期 間	区 分				
					~					
	保険適用外			円…(D)	資格取得日			(支給内訳) 入院 件 円 (自己負担額 円) (初診 件 円) 入院外 件 円 (自己負担額 円) (初診 件 円) 歯科 件 円 (自己負担額 円) (初診 件 円) 調剤 件 円 (自己負担額 円) その他 件 円 (自己負担額 円)		
	附加給付額 (保険者の任意によって附加給付される額)			円…(E)	資格喪失日					
	高額療養費			円…(F)	乳幼児等医療費 助成支給額	円				
自己負担額(「乳課」のみ)			円…(G)	支 払 方 法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 口座振込					
支給申請額 (C) - {(D) + (E) + (F) + (G)}			円		(銀行名)					
				(口座番号)		(口座名義人)				
				上記金額について助成します。						
受給者記入欄	上記のとおり支給されるよう申請します。				副町長	課長	主幹	副主幹	係長	担当
	美深町長 様									
	住所									
	申請者									
氏名										
				補助対象		円				
				補助対象外		円				
		1割	初診	3歳未満						