

乳幼児医療費助成申請書

平成 年 月 日

太良町長 様

申請者 (保護者)	住所	太良町大字		
	氏名	(乳幼児との関係) ㊟		
口座 振込 先	金融機関			
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座番号			

下記の乳幼児に係る乳幼児医療費を請求します。

記

受給者番号							
乳 幼 児	フリガナ				男	生年月日	
	氏名				・	年 月 日	
	住所	太良町大字					
保 険 診 療 額 領 収 証 明							
診 療 月	年 月 分 (日間)			区 分	入院・入院外		
保 険 診 療 総 点 数				点			
他 法 公 費 負 担 点 数				点			
保 険 診 療 一 部 負 担 金				円			
入 院 時 食 事 療 養 費 の 標 準 負 担 額				円 (日)			
指 定 訪 問 看 護 の 基 本 利 用 料				円 (日)			
平成 年 月 日				支給決定額		円	
(医療機関等)所在地 名称 代表者 ㊟							