

(記入例)

# 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	太良町大字多良1番地6		
	氏名	太良太郎 (印) (乳幼児との関係 父)		
口座 振込 先	金融機関	〇〇銀行〇〇支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	1234567
	フリガナ	〇 タロウ		
	口座番号	太良 太郎		

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	1	2	3	4	5	6	7
乳 幼 児	フリガナ	タラ イチロウ			男	生年月日	
	氏名	太良 一郎			女	H〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所	太良町大字多良1番地6号					
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			
				(印)			

受給資格者証の番号  
記入して下さい

既に金融機関を登録されている方は、記入しなくてけっこうです。

<注意>

ここは、医療機関が「証明」するところです。

<申請の際の注意>

1. 申請書は入院、外来、歯科、調剤の診療月ごとに作成して下さい。
2. 申請書には、医療機関で証明してもらうか乳幼児の氏名・診療月・領収金額が明記された領収書を添付してください。
3. 申請の有効期間は、診療費を支払い後1年以内です。