

乳幼児医療費助成申請書

平成 年 月 日

北 竜 町 長 様

住 所 北竜町字

氏 名  
( 保 護 者 )

㊞

乳幼児医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

受給者情報	受給者証 記号番号	第 号	医 療 保 険	
			記 号 ・ 番 号	
	住 所			
	氏 名		生年月日	平成 年 月 日生
受診した 医療機関				
添付書類	医療機関の発行した領収書			
支給方法	<input type="checkbox"/> 前回乳幼児医療費を受け取った口座を希望する			
	金融機関名	信用金庫 農 協 銀 行	支店 ・ 本店 支所 ・ 本所 店	
	口座種別	普通 ・ 当座 ・ 総合	口座番号	
	口座名義人			

※決定欄	総医療費	円
	保険給付	円
	自己負担金	円
	一部負担金	円
	支給決定額	円