

乳幼児等医療費一部負担金助成申請書

年 月 日

北 竜 町 長 様

住 所  
申請者（保護者）  
氏 名 印

下記のとおり乳幼児等医療費一部負担金の助成を申請いたします。

受診乳幼児等	氏 名		性 別	生 年 月 日
			男・女	年 月 日
受給者証番号	記 号	番 号		
受 診 期 間	入 院	年 月 日～	年 月 日まで	( 日間)
	入院外	年 月 日～	年 月 日まで	( 日間)
保 険 者 名 及 び 種 別			(国・政・組・共・他)	
保 険 負 担 区 分			3 割 2 割	
医 療 費 支 払 額			円	
助成金 振込先	金 融 機 関 名	信用金庫	支店・本店	
		農協	支所・本所	
	銀行	店		
	口 座 番 号			
	口 座 名 義 人			

※ 決 定 欄	課 長	課長補佐	主 幹	係 長	主 査	係	決 定 年 月 日
							令和 年 月 日
	医療費に要した費用額		( ) 点				円
	保 険 給 付 額						円
	附 加 給 付 額						円
	自 己 負 担 区 分		1 割負担		初診料一部負担		
	乳幼児等医療制度助成額		2 割・1 割				円
			月額限度超過額				円
	一 部 負 担 金 助 成 決 定 額						円
	備 考 欄						

- 注) 1、医療機関等発行する領収書等と健康保険証を添えて申請してください。  
2、乳幼児等医療制度助成額と合わせて申請する場合は省略できます。