

様式第6号

乳幼児医療費助成申請書

平成 年 月 日

寿都町長 片岡 春雄 様

住 所 寿都郡寿都町字
保護者
氏 名

印

乳幼児医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添付し申請いたします。
記

受給資格者	受給資格証 記号番号	北 8 4 第 号	医療保険 記号番号	国保・国保組合・社保 ()			
	住 所	寿都郡寿都町字					
	氏 名		生年月日	平成	年	月	日
受診医療 機関名等	名 称						
	所在地						
添付 書類	医療機関の発行した領収書						
		入 院	件	初 診	件		
		外 来	件	初 診	件		
		歯 科	件	初 診	件		
		調 剤	件	初 診	件		
	合 計		円	件	初 診	件	
決定欄	下記のとおり決定することとし 様式第7号により通知する。	決定年月日	課長	主幹	係長	係	
内 訳	附加給付	保険診療総点数	自己負担額	附加給付額	支給決定額		
	有		円	円	円		
	無		円		円		
摘 要	(付加給付額の算定方法等)						
		入 院	件	初 診	件	円	
		外 来	件	初 診	件	円	
		歯 科	件	初 診	件	円	
		調 剤	件	初 診	件	円	
	年齢	歳児		計		円	