

様式第4号(第4条の2関係)

乳幼児医療費助成金支給申請書

年 月 日

河合町長 殿

(申請者)住 所
氏 名
連絡先

金 円

ただし、 年 月分 医療費助成金を上記のとおり支給されるよう申請します。

受給資格証 受給者番号		受給者 氏 名	
加入医療保険名称		加入医療 保険 記号番号	

なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。

振込 口座	銀行 店	種別 普通 当座	番 号	フリガナ 名 義
----------	---------	----------------	--------	-------------

◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収書等を添付してください。

医 療 等 の 状 況	入 院	医療機関：名称 (所在地)			
		日数・期間 日(年 月 日～ 年 月 日)	総点数 点	自己負担支払額 円	
	外 来 等	①	医療機関等：名称 (所在地)		
			日数 日	総点数 点	自己負担支払額 円
		②	医療機関等：名称 (所在地)		
			日数 日	総点数 点	自己負担支払額 円
		③	医療機関等：名称 (所在地)		
			日数 日	総点数 点	自己負担支払額 円

※確認欄	保険の自己負担割合(1割・2割・3割)	※高額療養費の有無(限度額)
------	---------------------	-----------------

※ 決 定	係	決裁年月日	年 月 日
		支給年月日	年 月 日
		台帳確認	

【自己負担額】	－	【高額療養費】	－	【一部負担金】		= 支給額	円
(円)	－	(円)	－	(円)			

※欄は記入しないでください。