

乳 幼 児 医 療 費 助 成 申 請 書			
平成		年	月 日
檜 葉 町 長 様			
住 所		檜 葉 町 大 字 字	
氏 名		(電 話 番 号 -)	
受給資格証番号		乳幼児名	年 月 日

日付・申請者住所・氏名・電話番号・受給資格証番号・受給者氏名・生年月日をご記入ください。
申請者と受給者証の保護者名は同一にしてください。

保 険 診 療 証 明 書			
年 月 診療分		1 入院 2 入院外	
医療の給付	保険診療合計点数	点	負担金額① 円
薬剤一部負担金			負担金額② 円
食事の療養	入院日数	日	入院時食事療養費定額負担日額 (b) 円
	食事提供日数(a)	日	
合計受領金額 ① + ② + ③			円
年 月 日			
医療機関 所在地 名称 氏名 ㊞			

医療機関で記入してもらいますが、医療機関で記入できなかった場合は、領収書(原本)をつけてください。

高 額 療 養 費 支 給 に 関 す る 申 立 書					
下記のとおり、申し立てします。					
年 月 日					
申立者氏名 ㊞					
檜 葉 町 長 様					
(注意 食事療養費は、「病院等で支払った一部負担金」に含めないこと)					
診療を受けた者の氏名	診療を受けた病院、療所等	病院等で支払った一部負担金等	世帯合算額から控除する額	高額療養費支給決定額	摘要
		円	/	/	
合 計			円	円	

支給年月日	支給額	受 給 者		
		住 所	氏 名	印
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員

町で記入します。

この申請書は、1つの医療機関につき1ヶ月で1枚の提出になります。
 同封の白紙の申請書をコピーしてご利用することもできます。