

別紙第 3

決 裁			受 付	平成	年	月	日
			伺	平成	年	月	日
			決 定	平成	年	月	日
			支 給	平成	年	月	日
助 成 内 訳	一部負担金の額	控除額内訳				助成決定額	
		附加給付額	その他	控除額	控除額計		

乳幼児医療費助成申請書

提出年月日 平成 年 月 日

高原町長 殿

住 所 高原町大字

申請者（受給者）氏 名

電 話 -

次のとおり 平成 年 月分の医療費の助成を申請します。

対 象 者	受 給 者 番 号						
	フリガナ					生 年 月 日	
	氏 名					平成 年 月 日	

保険医療機関等が発行する領収書（保険点数、負担割合、一部負担額、診療科目、入院、外来の別が明記されているもの）を添えて申請する場合は、「保険診療額領収証明欄」を省略することができます。

保険診療額領収証明欄			この欄は、お手数ですが医療機関等においてご記入願います。		
右記の一部負担金を受領いたしました。  平成 年 月 日  (医療機関等) 住 所  名 称  代表者	医療機関コード				
	診 療 年 月	平成 年 月			
	区 分	入院・入院外・歯科			
	診 療 実 日 数	日			
	診 療 総 点 数	点			
	一 部 負 担 金	円			
	保 険 者 番 号				
	備 考				

- 注) 1 高原町では、6歳到達後最初の3月31日までの間にある者(就学前の者)が本事業の対象となります。  
 2 一部負担金の欄には、入院時食事療養費に係る標準負担額を除いた額を記入してください。  
 3 備考欄には、病院等によっては診療科目を、調剤薬局によっては処方せんを発行した病院等の名称を記入してください。