

乳幼児、児童及び生徒医療費助成申請書

年 月 日

雨竜町長 様

保護者 住所
氏名
受給者との続柄

乳幼児・児童及び生徒医療費の支給を受けたいので証拠書類を添えて申請します。

記

申請内容	受給者	受給者番号		医療保険 記号・番号・枝番		
		住所				
		氏名		生年月日	年 月 日	
		公費負担番号		所得超過・併給		
	医療機関名称					
	診療の内容	入院 入院外	別	入院 ・ 入院外	療養年月	年 月
		診療区分	入院 ・ 外来 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 柔道整復 ・ その他 ()			
医療費の 支払方法			<input type="checkbox"/> 現金払 <input type="checkbox"/> 口座払	金融 機関名		
	種別	<input type="checkbox"/> 普通		口座番号		
		<input type="checkbox"/> 当座		名義人カナ		

※他の公的助成を受ける医療費の自己負担分については、当該公的助成額が控除されます。

また、学校管理下におけるケガ等は他の公的助成を満額受けるため、本制度の対象外となります。

※決 定 欄	課長 参事		主幹		主査		担当		決定 年月日	年 月 日
	1 上記申請内容を審査の結果、次のとおり支給する。									
	2 次の理由により上記申請を却下する。									
	支給決定	総医療費	保険者負担	高額療養費	付加給付及び 保険対象外額	一部負担金	支給決定額			
却下 理由										

(注) 申請者は※欄を記入しないでください。