

児童生徒医療費助成申請書

令和 年 月 日

鶴居村長 大石 正行 様

申請者住所 鶴居村

(保護者) 氏名 ㊟

児童生徒医療費の助成を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

助 成 申 請 額 金 円				
受 給 資 格 者	受 給 者 証		医 療 保 険	
	記 号 番 号		記 号 番 号	
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
医 療 を 受 け た 病 院 等	名 称			
	住 所			

	課 長	課 長 補 佐	係 長	係	合 議

助 成 申 請 額 金 円						
区 分	件 数	初 診 時 回 数	総 医 療 費 (イ)	保 険 者 負 担 額 (ロ)	附 加 給 付 見 込 額 (ハ)	差 引 助 成 額 (イ) - (ロ) - (ハ)
通 院						
入 院						
歯 科						
調 剤						
療 養 費						
計						
附 加 給 付 見 込 額 の 計 算 の 基 礎						