

高校生等医療費助成申請書

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 ㊟

高校生等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						