

乳幼児医療費助成申請書

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

㊦

乳幼児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 資 格 給 者 | 受 給 者 証 記 号 番 号 | | 医 療 保 険 | |
| | | | 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 決 定 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 | | | | | | |