

## 乳幼児及び児童医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

足寄町長様

保護者 住所 足寄町

氏名 印

受給者との関係 ( )

電話番号 ( - )

乳幼児及び児童医療費助成金の交付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

受給者	受給者証番号					
	保険種別		記号番号			
	住所	北海道足寄郡足寄町				
	氏名					
	生年月日		年齢	歳		
	助成区分	全額助成 ・ 一部助成				
医療を受けた病院等の名称、住所						
診療月	月分	診療の内容	医科(入)	医科(外)	歯科	調剤

振込先金融機関	普通口座番号	種別	口座名義人
銀行 信金 支店 協同組合 本所		普通 その他 ( )	

※支給内訳 (この表には記入しないで下さい。)

交付決定額							円	
内訳	入院・入院外の別	件数	医療費(支払う額)①	自己負担額②	付加給付等③	差引交付額①-②-③	一部負担金(単独助成分)	道費対象額
	入院	件	円	円	円	円	件 円	円
	入院外	件	円	円	円	円	件 円	円
	歯科	件	円	円	円	円	件 円	円
	調剤	件	円	円	円	円	件 円	円
	計	件	円	円	円	円	件 円	円
摘要								