

(様式第6号)

乳 幼 児 医 療 費 助 成 申 請 書

平成 年 月 日

綾町長 様

| | | | |
|----------------|---------|-------------|------|
| 申 請 者 (保護者) | 住 所 | | |
| | 氏 名 | (乳幼児との続柄) 印 | |
| 口座 振替先 | 金 融 機 関 | | |
| | 預 金 種 別 | 普通・当座 | 口座番号 |
| | 口座名義人 | | |

下記の乳幼児に係る乳幼児医療費を請求します。
記

| | | | |
|-------------------|----------------------------|-----|---------------|
| 受給者番号 | | | |
| 乳 幼 児 | ふりがな | 男・女 | 生年月日 年 月 日 |
| | 氏 名 | | |
| | 住 所 | | |
| 保 険 診 療 額 領 収 証 明 | | | |
| 診 療 月 | 年 月 分 (日間) | 区分 | 入 院 ・ 入 院 外 |
| 保 険 診 療 総 点 数 | | | 点 |
| 他 法 公 費 負 担 点 数 | | | 点 |
| 保 険 診 療 一 部 負 担 金 | | | 円 |
| 指定訪問看護の基本利用料 | | | 円 (日) |
| 平成 年 月 日 | (医療機関等)所在地 名 称 代 表 者 | | 印 |