

(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
	氏 名			年 月 日
	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			