

乳幼児等医療費助成申請書（町単独助成 有 ・ 無 ）

令和 年 月 日

音更町長 あて

保護者	住所	
	氏名	㊟
	対象者との続柄	
	電話	

注 ※印の欄は、記入しないでください。

乳幼児等医療費の助成を受けたいので、証拠書類を添えて申請をします。

受給資格者	受給者番号				保険者番号				
	住所				保険者の名称	<input type="checkbox"/> 音更町国保 <input type="checkbox"/> 上記以外 ( )			
	氏名				医療保険 記号番号				
	生年月日	年	月	日		男女			
医療費助成を受ける ことができなかった 理由		1 受給者証の交付前      2 受給者証の未提示      3 十勝管外での診療 4 補装具      5 柔整師等の施術      6 訪問看護      7 保険証の未提示 8 その他 ( )							
医療を受けた 受病院等	所在地								
	名称 (医師等氏名)								
診内容	療容	診療区分	療養の期間		年	月	日から	療養日数	日間
					年	月	日まで		
		発病負傷 年月日	年	月	日	傷病名			
支給方法	1 口座振込	振込先	金融機関名	銀行・信用金庫      本店 信用組合・農協      支店					
	2 その他		口座番号	1 普通    2 当座	口座名義人	カナ			
	( )	住所	◎原則として保護者の口座とする						
※決定欄	総医療費	保険給付額	公費負担額	高額療養費	附加給付額	基本利用料	一部負担金	支給決定額	初診時負担金
									内 回

申請内容を審査の結果、適正と認められたので支給してよろしいか伺います。

令和 年 月 日

※事務処理欄

受付	システム入力	ZAIMS	支出負担行為日/支給日	課長	係長	主査	係
㊟	㊟	相手方番号	支出負担行為日				
			年 月 日				
			支給日				
			年 月 日				