

乳幼児等医療費助成金請求書

年 月 日

湧別町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号
個人番号

湧別町乳幼児等医療費助成条例の規定により、乳幼児等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つけ請求します。

乳幼児等氏名		加入保険の記号番号	
個人番号			
受給資格証の記号番号		加入保険の名称	
生年月日	年 月 日	負担区分	

領 収 書	
金 円	
ただし、年 月分保険診療一部負担金	
年 月 日	
医療機関等	住所 名称 氏名
	印

交付決定額 金 円	
-----------	--

内 訳	外来入院の別	保険診療総点数	他法負担額点	保険負担額点	付加給付見込額	一部負担金	差引交付額
	外来	点	点	点	円	円	円
	入院						
	計						

診療期間	自 月 日 至 月 日	診療実日数	日間
------	-------------	-------	----

助成金の支払方法	1 現金払	金融機関名	銀行 信用金庫 協同組合	支店
	2 口座払	口座番号	口座番号	名義人

摘要	件数 件	初診 件	道補助対象額	円
----	------	------	--------	---