

様式第6号(第7条関係)

|        |  |        |  |             |  |
|--------|--|--------|--|-------------|--|
| 課<br>長 |  | G<br>L |  | 担<br>当<br>者 |  |
|--------|--|--------|--|-------------|--|

東 通 村 乳 幼 児 医 療 費 給 付 申 請 書  
( 乳 幼 児 用 )

|     |    |   |   |   |
|-----|----|---|---|---|
| 申請日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-----|----|---|---|---|

東 通 村 長      殿

|       |       |
|-------|-------|
| 保護者住所 | 東通村大字 |
| 保護者氏名 |       |

(※印鑑を忘れずにお願いします)

|    |   |    |
|----|---|----|
| 令和 | 年 | 月分 |
|----|---|----|

の乳幼児医療費の給付を下記のとおり申請します。

|                    |                              |                       |             |
|--------------------|------------------------------|-----------------------|-------------|
| 対 象 者 氏 名          | 対 象 者 生 年 月 日                | 加 入 保 険 の 種 別         |             |
| 男<br>女             | 平成<br>令和<br>年 月 日 ( 才 )      | 国保                    | 社保    その他   |
| 保      険      証    | 記   号                        | 受給資格証番号               | 東通村第      号 |
| 記   号   ・   番   号  | 番   号                        | (フリカゝナ)<br>口 座 名 義    |             |
| 支払金融機関の<br>名称及び支店名 | 銀行・信金<br>信組・農協<br>漁協・<br>信漁連 | 支店・本店<br>支所・本所<br>営業部 | 口座番号        |

|                                 |                                                                                              |                                                                   |                 |   |               |     |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------|---|---------------|-----|
| 医<br>療<br>機<br>関<br>証<br>明<br>欄 | 保 険 診 療<br>総 点 数<br>(入院時食事療養費を除く)                                                            | 入 院                      点<br>外 来                      点<br>点 (円) | 他法負担            | 点 | 一 部 負 担 受 領 額 |     |
|                                 |                                                                                              |                                                                   |                 |   | 点             | 円   |
|                                 | 入    院<br>食事療養費                                                                              | 入 院 日 数<br>日                                                      | 一日当たりの<br>標準負担額 | 円 | 標準負担<br>受領総額  | 円   |
|                                 | 上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。<br><br>令和      年      月      日<br><br>医療機関等の<br>所在地・名称<br>開設者氏名 |                                                                   |                 |   |               | (印) |

|             |             |             |               |                     |
|-------------|-------------|-------------|---------------|---------------------|
| 一 部 負 担 額 A | 標 準 負 担 額 B | 付 加 給 付 金 C | 受 給 者 負 担 額 D | 給 付 決 定 額 (A+B-C-D) |
|             |             |             |               |                     |

※太枠内は申請者が記入してください。  
※一枚で1ヶ月分の申請となります。(一枚の申請書で複数月の申請はできません。)  
※領収書は折りたたまずに、月毎・対象者毎に分けて添付してください。