様式第3号(第6条関係)、様式第6号(第7条関係)

就学前児童医療費助成金申請書(請求書)
重度心身障害者医療費助成申請書(請求書)

平成　　年　　月　　日

吉野ヶ里町長　　様

申請者　住　　所　吉野ヶ里町
氏　　名　　㊞
電話番号

次のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

【申請者記入欄】

児　童　名		加入保険	被保険者氏名	
児童との続柄			保険証記号番号	
児童の生年月日	年　月　日		保険者名	

【医療機関等記入欄】

保険診療額(領収)証明

児童氏名				
診療月	平成　年　月分　(入院がある場合は、入院日数　日)			
	入院	入院外	歯科	調剤
保険診療総点数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保険診療一部負担金	円	円	円	円
薬剤負担金		円	円	円
訪問看護利用料		円		

上記の金額を領収しました。
年　月　日
医療機関等名　所在地
名　称
氏　名　㊞
電　話

【市町村記入欄】

給付額決定額				
	一部負担額	高額療養費	付加給付	給付額
保険診療	円	円	円	円
薬剤負担金	円	円	円	
訪問看護使用料	円	円	円	