

# 五戸町乳幼児医療費給付申請書

平成 年 月 日

五戸町長 様

(保護者) 住所 五戸町

ふりがな  
氏名 印

電話

五戸町乳幼児医療費給付条例第7条の規定による平成 年 月分の医療費の給付を申請します。

※太線の中を記入してください。

対象乳幼児氏名		生年月日		受給資格証番号	
男・女		平成 年 月 日		五戸町 第 号	
保険証記号・番号	記号		保険種別	政管・国保・健組・共済・全土	
	番号		保険者名		
支払金融機関	銀行		支店	口座番号	

医療機関等証明欄	保険診療総点数 (入院時食事療養費を除く)	入院 点	他法負担 点	一部負担受領額 点
		外来 点		点
		点(円)		円
上記の一部負担金を受領したことを証明する。				
医療機関等の所在地・名称				
開設者氏名 印				

入院一部負担額 A	入院付加給付の額 B	入院受給者負担額 C	①入院給付額 (A-B-C)
通院一部負担額 X	通院付加給付の額 Y	通院受給者負担額 Z	②通院給付額 (X-Y-Z)
一部負担額計(A+X)	付加給付の額計(B+Y)	受給者負担額計(C+Z)	給付決定額(①+②)