

様式第6号 (第8条関係)

おいらせ町乳幼児 (子ども) 医療費給付 (助成) 申請書 (兼請求書)

おいらせ町長 殿

年 月 日

年 月分の医療費の給付を次のとおり申請します。

申請者 (受給資格証にある保護者)	住 所	
	氏 名	
	電 話	

対象児氏名	生年月日	受給資格証番号
男 女	年 月 日	
保険証記号番号	保険者名	

【振込先金融機関】

※新規申請等で金融機関を登録している場合は記入の必要はありません。

申請者 (受給資格証にある保護者) 名義の振込先金融機関			
金融機関名称	銀行 信用金庫	信用組合 農業協同組合	支店
口座番号		預金種目	普通
口座名義人	※カタカナで記入		

【医療機関証明欄】

※医療機関が発行する領収書を添付するか、次の欄を受診した医療機関に記入してもらってください。

医 療 機 関 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	一部負担受領額
		外来 点		点
		点 (円)	点	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				