

様式第3号

乳幼児医療費助成申請書				
平成 年 月 日				
柳 津 町 長 殿				
申請者 住所 柳津町大字 字 番地 氏名 ⑩				
受給資格証番号		受給者名	入通の別	入院 通院

保険診療証明書				
平成 年 月 診療分				
保険診療 合計点数	受 領 金 額 合計	食事療養費以外	食事療養費標準負担 額	入院日数
点	円	円	円	日
平成 年 月 日				
所在地 (医療機関) 名称 氏名 ⑩				

高額医療費支給に関する申立書					
下記のとおり、申し立てます。					
平成 年 月 日					
柳 津 町 長 殿					
申立者氏名 ⑩					
(注意 食事医療費は、「病院等で支払った一部負担金等」に含めないこと。)					
医療を受けた 者の氏名	医療を受けた病 院、診療所等	病院等で支払っ た一部負担金等	世帯合算額か ら控除する額	高額医療費支 給決定額	摘要
		円	/	/	
合 計			円	円	
支給年月日	支給額	受 領 者			
		住 所		氏 名	印
口座振替					
会津みどり農協・		信用金庫・	銀行	本店・支店	(普)No