

第6号様式（第8条関係）

中泊町乳幼児・子ども医療費給付申請書

年 月 日

中泊町長殿

(保護者)  
住所  
氏名

中泊町乳幼児・子ども医療費給付条例第8条の規定により 年 月分の医療費の給付を申請します。

対象乳幼児・子ども氏名		生年月日		受給資格証番号	
男 女		平・令 年 月 日		中泊町 第 号	
保険証 記号・番号		記号		保険種別	
		番号		保険者名	
支払金融機関	銀行 店			口座番号	

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 点	一部負担受領額
		外来 点		
		点(円)		点
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				

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

※太枠内は申請者が記入してください。