

様式第3号 (第9条関係)

乳幼児及び子ども医療費助成申請書				
富岡町長様		年 月 日		
保護者		住所 富岡町		
氏名				
受給資格証 番号		受給者名		1 入院
		生年月日	年 月 日生	2 通院

保険診療証明書					
年 月診療分					
保険診療 合計点数	受 領 金 額				入院日数
点	合 計	保険適用分 自己負担額	保 険 適 用 分 薬 剤 一 部 負 担 金	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	日
年 月 日	円	円	円	円	日
		(医療機関)	所在地 名 称 氏 名 ※本人が自署しない場合は、記名押印してください		

高額療養費支給に関する申立書					
下記のとおり、申し立てます。					
年 月 日					
申立者氏名					
富岡町長様					
(注意：食事療養費は、「病院等で支払った一部負担金等」に含めないこと。)					
療養を受けた者の氏名	療養を受けた病院、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	高額療養費支給決定額	摘要
		円			
		円			
合 計		円	円	円	

支給年月日	支給額	受 領 者			
	円	住 所		氏 名	