

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			令和6年4月10日	
住 所 富岡町 大字本岡字王塚622-1				
保護者氏 名 富岡 太郎				
受給資格証 番 号	99999（受給資格証に記載されている受給資格者番号）	受給者名	富岡 一郎	
		生年月日	令和6年 4月 1日生	
				1 入 院
				2 通 院

保 険 診 療 証 明 書			
保 合	受診した医療機関に証明してもらう ただし、領収書原本を添付する場合は、記入不要		数 日
		(医療機関) 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					
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。)					
申立者氏名					
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