乳幼児医療費助成金交付請求書

平成　　年　　月　　日

美幌町長　　様

〒　092－

保護者　住　所　美幌町字

氏　名　　㊞

（TEL　　－　　）

乳幼児医療費助成金の交付を受けたいので、医療機関の受領書を添えて請求します。

交付請求額		円	
振込先銀行		口座番号	受取人名
銀行 信金 農協	店	№	（フリガナ）
受給者証記号番号		北－１５８	
児童氏名			
生年月日		平成　　年　　月　　日生	
保険（共済）の名称 記号番号、所在地		名　称 記号番号 所在地	

交付決定額	円

内訳	対象分	入院・外来・その他の別	保険診療総額	保険負担金	差引交付額	初診回数
		入院	円	円	円	回
		外来				
		その他				
		計				
	対象外分	外来・その他の別	保険診療総額	保険負担金	差引交付額	初診回数
		外来	円	円	円	回
		その他				
		計				