|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **泉崎村こども医療費助成申請書**  　　　年　　　月　　　日  **泉崎村長**  　　　　　　住所  　　　　　　　　　申請者  氏名 | | | | | |
| 受給者番号 |  | 受給者名  （こども） |  | １　入院 | ２　通院 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険診療証明書**  　　　年　　　月　診療分 | | | | | | | |
|  | 保険診療点数 | | | 受領金額 | | |  |
| 合計 | 食事療養費  以外 | 食事療養費分 | 合計 | 食事療養費  以外 | 食事療養費分 |
| 点 | 点 | 点 | 円 | 円 | 円 |
| 入院、通院の別 | | 診療日数 | 入院期間 | | 食事回数 |
| 入院　　・　　通院 | | 日 | 月　　日　～　　月　　日 | | 回 |
| 公費負担医療等 | | 育　成　・　養　育　・　精　神　・　特　病　・　その他 | | | |
| 年　　月　　日  　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　医療機関　名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **高額療養費支給に関する申立書**  本件は高額療養費に該当していないことを申し立てます。  　　　年　　月　　日  申立者氏名 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成申請額  ① | 高額療養費支給額  ② | 付加給付額  ③ | 支給決定額  ④（①-②-③） |
| 円 | 円 | 円 | 円 |