|  |
| --- |
| **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 |