

乳幼児医療費支給申請書

令和 年 月 日

有田川町長 様

受給資格者 住所 有田川町大字

(保護者)

氏名

電話

振込口座

<input type="checkbox"/> 登録済み口座	支払先コード	—	
<input type="checkbox"/> 下記口座（受給資格者の口座）			
銀行	支所	普通預金	
農協	支店	総合	
口座番号	7171		
	名義人氏名		

申請額 金 円

受給資格者	受給者番号		加入 保 険	被保険者氏名	
	氏名			保険証記号番号	
乳幼児	*個人番号*			保険者名	
	番号がわかる方は記入願います。			附加給付の有・無	有・無
	氏名				
	生年月日	平成・令和 年 月 日			
	個人番号				
	番号がわかる方は記入願います。				

職員確認欄 本人確認 免・パ・個カ・身・保・介・年手・年証・他（ ）

支給内訳	保険診療の合計金額	控除額の内訳				支給決定額
		法定負担額	他法負担額	附加給付額	控除額計	
	円	円	円	円	円	円