

母子父子医療費助成金支給申請書

年 月 日

(あて先)南阿蘇村長

下記のとおり医療費の一部負担金を支払ったので、南阿蘇村母子父子医療費支給に関する条例施行規則第 6 条により申請します。

【本人記入欄】

申請者	住所	南阿蘇村大字	対象者との続柄	☐ 本人 ☐ その他
	氏名		電話番号	
対象者	(ふりがな)氏名	☐ 申請者に同じ	生年月日	年 月 日生
			受給者番号	

【※医療機関等記入欄】

診療年月	区分	診療期間	診療日数	総点数	一部負担金
年 月	入院	年 月 日 ~ 年 月 日		点	円
	外来	年 月 日 ~ 年 月 日		点	円
	調剤	年 月 日 ~ 年 月 日		点	円
上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。 【医療機関】 年 月 日 所在地 名称 氏名 印			上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。 【調剤】 年 月 日 所在地 名称 氏名 印		

【※市町村記入欄】

給付決定額			
医療費総額	一部負担額	附加給付額	助成額
円	円	円	円