

大熊町乳幼児医療費助成申請書

令和 年 月 日

大熊町長 様

住所 大熊町大字 字
申請者 氏 名
電話番号 () -

受給者証番号	乳 幼 児 氏 名	生 年 月 日
	フリガナ	
		年 月 日生

医療機関記入欄（医療費の証明は月単位とします。）

保 険 診 療 証 明 書

診 療 月	平成 ・ 令和 年 月分	
診 療 種 別	外来	入院
療 養 の 給 付 費		
診 療 日 数	保険診療点数	自己負担額…①
日	点	円
食 事 療 養 費		
食 事 回 数	標準負担額	自己負担額…②
回	円	円
助 成 申 請 額 (① + ②)	円	

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

住 所
保険医療機関等 名 称
氏 名

印