

様式第1号 (第8条関係)

				受給者番号				
市 記 入 欄	年 月診療分 (件)		対象				支給額	
	A 保険診療による 自己負担額	B 高 額 療養費	C 入院時食事 標準負担額	D 差引額 (A - B + C)	E 自己負担額	市単	円	
						県単	円	
						合計 (D - E)		
						円	円	
<p>乳幼児医療費助成申請書 (年 月診療分)</p> <p>裾野市長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>								
<p>下記のとおり裾野市乳幼児医療費助成規則第8条の規定により申請します。 なお、受給資格確認等のため裾野市が所有する公簿の確認に同意します。</p>			申請者 (保護者)	<p>住所 裾野市</p> <p>氏名</p> <p>(受診者との続柄)</p> <p>(電話番号 ー)</p>				
受診者名	男・女		生年月日	<p>令和 年 月 日生</p> <p>(診療時) 歳 ヶ月</p>				
加 入 保 険	記号 番号			被保険者名				
	保険者名 (保険者証発行機関)							
振 込 先	金融機関名			支店名	フリガナ			
	口座番号	普・当				名義人		
申 請 理 由	<ul style="list-style-type: none"> 受給者証交付申請中 受給者証の未提示 		<ul style="list-style-type: none"> 県外の医療機関等の受診 公費負担医療の一部負担金 <p>(制度名：未熟児養育医療)</p>			<ul style="list-style-type: none"> その他 		
	診 療 の 内 容	通 院	診療日	医療機関・薬局名		入院期間	日～ 日	日間
日					医療機関			
日								
日					入院期間	日～ 日	日間	
日					医療機関			

令和 年 月 日

裾野市長 様

住所

氏名

充当依頼書

私が裾野市へ納入する未熟児養育医療自己負担金について、乳幼児医療費として助成が
決定し受領する助成金を充当していただきますよう依頼します。

なお、乳幼児医療費助成金払込通知及び未熟児養育医療費領収書の送付は不要です。