様式第１号

**新型コロナウイルス感染症に係る五戸町乳幼児等医療費助成申請書**

（乳幼児及び小中学生所得制限超過非該当者及び高等学校等年齢該当者分）

　　令和　　年　　月　　日

五戸町長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　（保護者）住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

医療費給付決定通知書

　新型コロナウイルス感染症に係る五戸町乳幼児等医療費助成事業実施要綱第４条の規定による

令和　　年　　月分医療費の助成を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 乳幼児等氏名 | 生年月日 | 在籍学年（〇をつける） |
| 男　女 | Ｈ年　　月　　日Ｒ | 未就学児小、中、高等　学校　　　年 |
| 加入保険証記号・番号 | 記号 |  | 保険者番号 |  |
| 番号 |  | 保険者名 |  |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| フリガナ口座名義人 |  | 口座種別口座番号 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等証明欄 | 保険診療総点数（入院食事療養費を除く） | 入院　　　　　　 点 | 他法負担　　　　　　　　 点 | 一部負担金受領額 |
| 外来　　　　　　 点 | 点円 |
|  点(円) |
| 上記の一部負担金を受領したことを証明する。　　　　　　　　　　　医療機関等の所在地・名称開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入院一部負担額　Ａ | 入院付加給付の額　Ｂ | 入院受給者負担額 Ｃ | 1. 入院給付額(A-B-C)
 |
|  |  |  |  |
| 通院一部負担額　Ⅹ | 通院付加給付の額　Ｙ | 通院受給者負担額 Ｚ | 1. 通院給付額(X-Y-Z)
 |
|  |  |  |  |
| 一部負担額計 (A+X) | 付加給付の額計 (B+Y) | 受給者負担額計(C+Z) | 給付決定額 (①+②) |
|  |  |  |  |