

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

㊞

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		在籍学校名および学年	
男		H		学校 年	
女		R			
加 入 保 険 証 号 加 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			口座種別	
	口座名義人			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
		点(円)		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	② 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)