様式４号 -2（第４条関係）

※阿蘇市役所提出用

乳幼児医療費助成申請書

平成　　年　　月　　日

阿蘇市長　　様

住　所　阿蘇市
保護者氏名　　㊞
電話番号　（　　－　　－　　）

下記のとおり、　　年　　月分の医療費を領収書を添えて申請します。

申請者記入欄					
乳幼児氏名		生年月日	H	受給者番号	

医療機関等の記入欄							
医療機関	診療月	年　　月分				保険種別	
	入院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円
	通院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円
						薬剤一部負担金	円
	上記の一部負担金額を受領しました。 平成　　年　　月　　日　　医療機関コード（　　） 所在地 名　称 氏　名　　㊞						
調剤薬局	調剤	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円
						薬剤一部負担金	円
						処方医療機関	
	上記の一部負担金額を受領しました。　医療機関コード 平成　　年　　月　　日　　（　　） 所在地 名　称 氏　名　　㊞						

市町村記入欄		一部負担金額①	高額医療額②	付加給付額③	助成額　①－（②+③）
	外				
	入				
	薬				

（注）　医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給の受けることができる場合は、高額療養費決定通知等を添付してください。

＊記入上のお願い（医療機関等の記入欄）

（１）「定率一部負担金」欄は、２割、３割などの定率の一部負担金の額を記入してください。

（２）「薬剤一部負担金」欄は、通院で薬剤の支給を受けた場合の一部負担金額を記入してください。

（３）「保険種別」欄には該当する保険（国保、政府など）を記入してください。