

## 乳幼児医療費助成申請書

平成 年 月 日

須賀川市長 様

申請者 住所 須賀川市  
(保護者)  
氏名

受給資格証 記号番号	須				(電話 )
乳児・幼児 の別	乳児・幼児	乳幼児 氏名		生年 月日	平成 年 月 日

## 保険診療証明書

下記のとおり証明します

コード \_\_\_\_\_

入院・入院外等の別	入院 ・ 入院外 ・ その他				医療機関名 所在地 名称 代表者
診療月	年 月分				
保険診療合計点数	点	診療日数	日		
受領金額 (保険診療分のみ)の額	円	公費負担 医療等	育成・養育・更生・その他		
薬剤負担金徴収額	円			円	
食事提供日数	日	入院時食事療養費 定額負担月額(受領額) (提供日数×日数)		円	
食事療養費 定額負担金日額	円				

## 高額療養費支給に関する確認書(申立書)

下記のとおり確認(申し立て)します

平成 年 月 日

須賀川市長 様

保護者氏名

療養を受けた人 氏名	療養を受けた 病院・診療所等	病院・診療所等で 支払った一部負担金	世帯合算額か ら控除する額	高額療養費 支給決定額
合 計				
高額療養費 助成決定額	円	育成・養育医療 助成決定額		円