

浦河町子育て家庭医療費支援事業申請書

令和 年 月 日

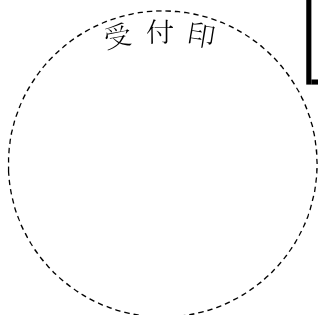
浦河町長様

次のとおり浦河町子育て家庭医療費支援事業要綱の規定により申請します。また、申請にあたり私と私の世帯に属する者に係る住民基本台帳等による確認を行うことに同意し、決定のとおり行政ポイントを受領します。

※太線の中を記入してください。			対象診療月	月分
申請者 (保護者等)	ふりがな		電話番号	
	氏名	㊟		
	住所	浦河町		
	加入医療保険等	1 浦河町国民健康保険		2 1以外の健康保険
	3か月以内の転入・転出の有無	有・無	支援の対象となる子供 に対する続柄	
支援の対象となる子供	氏名	(乳初・乳課・親初・親課・障初・障課)	生年月日 (年齢区分に○を付けてください。)	平成令和 年 月 日 (0~2歳・3~6歳・小・中・高)
	(乳幼児カード等がある場合は該当区分に○を付けてください。)	(乳初・乳課・親初・親課・障初・障課)		平成令和 年 月 日 (0~2歳・3~6歳・小・中・高)
		(乳初・乳課・親初・親課・障初・障課)		平成令和 年 月 日 (0~2歳・3~6歳・小・中・高)
		(乳初・乳課・親初・親課・障初・障課)		平成令和 年 月 日 (0~2歳・3~6歳・小・中・高)
自己負担合計額	円	①		
福祉医療費等	円	②		
医療費支援対象額	円	③		

備考 申請者が本人である場合は、印鑑の押印は省略できるものとする。

浦河町子育て家庭医療費支援決定書



医療費支援対象となる行政ポイント	円
------------------	---

上記の行政ポイントを付与することを決定する。

課長	課長補佐	係長	係	受付
検				
収				