大熊町乳幼児医療費助成申請書											
大熊町長 様							令和	年	月	日	
	申請者	住氏	所 名	大熊	町大字		字				
		電話	番号	(	)		_				
受給者証番号	乳幼	児	氏	名		生	年	月	月		
	フリガナ										
							年	月	日生		

医療機関記入欄 (医療費の証明は月単位とします。)

	保	食 言	多 兆	寮	証	明	書		
診療	月	f	介和	•	平成	Ž	年	月分	
診療種	別	外来					入院		
		療	<b>&amp;</b> の	給	付	費			
診療日	数		保険診	◊療 点	数		自己負:	担額…①	
	日					点		円	
		食	事	療	養	費			
食 事 回	数		標準	負 担	額		自己負	担額…②	
	口					円		円	
助成申請額((	1) + 2)					·		円	
上記のとおり証明	明します。 月 日								
	保険医療	嶚機関等	住 名 氏	所 称 名					