

様式第6号（第6条関係）

むつ市乳幼児等医療費給付申請書

年 月 日

（宛先）むつ市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号



むつ市乳幼児等医療費給付条例第6条第1項（第2項）の規定によりむつ市乳幼児等医療費の給付（ 年 月分）を下記のとおり申請します。

記

（ 歳児： 小学校就学前 小学生 中学生 ）

対象乳幼児等氏名		生 年 月 日		受給資格証番号 (乳児又は幼児のみ)	
フリガナ 氏名		男 女	年 月 日		むつ第 号
保 険 証 記 号 ・ 番 号	記 号			保険種別	
	番 号			保険者名	
支払金融機関等	ふりがな 口座名義人	金 融 機 関 名	支 店 名	口 座 番 号	
			給付対象者個人番号		

入院一部負担額 A	入院附加給付の額 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	通院附加給付の額 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)	附加給付の額計 (B+Y)	受給者負担額計 (C+Z)	給付申請額 (①+②)

※ 給付決定額 円