

町記入欄	自己負担額	控除額 付加給付額	支給額	備考		
	円	円	円	県外受診 受給者証忘れ その他（ ）		
	付加給付額の算定					
	町民税課税状況		課税 ・ 非課税			
受給者記入欄	母子家庭等医療費助成金支給申請書					
	令和 年 月 日					
	東伊豆町長様					
	住所 東伊豆町					
	受給者 氏名					
	印					
受給者証	記号 84220227	加入 医療 保険	記号			
	番号 第 号		番号			
受診者名	氏名		保険者名			
	生年月日 年 月 日	付加給付	有 ・ 無			
医療期間等記入欄	保険診療等領収証明					
	保険診療による自己負担額	※			円	
	うち薬剤費負担金				円	
	入院時食事標準負担額	※			円	
		日×	円=			
	計	※			円	
	※ 診療期間	令和 年 月 日から 月 日まで 入院 無・有 (月 日から 月 日まで)				
※	年 月 日					
	医療機関等 所在地 名称 代表者名					
	印					

(注) 医療期間等は※印のみ記入して下さい。