様式4号

産住第 　　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

産山村長

(公印省略)

乳幼児･子ども医療費等助成決定通知書

さきに申請のありました医療費等助成については、次のとおり決定しましたので通知します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定額 |  |  |  | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
| 支払予定日 |  |
| 支払方法 |  |
| 口座 |  |

支給対象医療費

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療月 | 医療機関名 | 受診者氏名 | 助成額 |
| 高額療養費 | 附加給付額 | 自己負担額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療月 | 医療機関名 | 受診者氏名 | 助成額 |
| 高額療養費 | 附加給付額 | 自己負担額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |