

子ども医療費給付金支給申請書

年 月 日

肝付町長 殿

申請者 氏名

住所

(指定金融機関)

受給資格者証番号						
子ども	氏名			保険の種類	被保険者氏名	
	生年月日	年 月 日			記号・番号	
	申請者との続柄			保険者名		
受給資格者氏名						

医療機関等証明

診療月	年 月分		患者氏名			
療養の給付 総点数	入院	点	療養の給付に係る 一部負担金	入院	円	
	外来	点		外来	円	
うち他法制度負担分	点		証明手数料の徴収	有(円)・無		
年 月 日			医療機関等の所在地 名称 開設者氏名 印			

※市町村記入欄

支給決定伺						
決裁欄						
課税						
区分	一部負担金 A	付加給付の額 B	他法制度による負担額 C	自己負担金 (A-B-C) D	証明手数料 E	支給決定額 (D+E)
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円
非課税						
区分	一部負担金 F	付加給付の額 G	他法制度による負担額 H	自己負担金 (F-G-H) I	証明手数料 J	支給決定額 (I+J)
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円

注 医療機関等の証明は医療機関等で記入してもらってください。ただし、領収証を添えるときは、記入の必要は、ありません。