

受付年月日	課長	支所長	係長	係	処理欄
					入力年月日
					・

第6号様式(第5条関係)

太枠内のみ記入してください。

<b>子ども医療費助成金支給申請書</b>				平成	年	月	日
さつま町長 日高 政勝 様							
申請者		住所		さつま町			
		氏名		(印)			
		連絡先					
受給資格者氏名		診療月		年	月分		
<b>子ども</b>							
受給資格者証番号	氏名(フリガナ)			生年月日	受給資格者との続柄		
	( )			・	・		
<b>子どもの加入医療保険情報</b>							
被保険者証	記号		番号				
被保険者氏名			保険者名称				

<b>医療機関等の証明</b>						
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
うち他方制度負担金		点		証明手数料の徴収	有( )円・無	
平成 年 月 日						
上記のとおり、一部負担金を領収しました。						
		医療機関等	所在地			
			名称			
			氏名	(印)		

注1 記名押印に代えて署名することができます。

注2 医療機関等の証明欄は、医療機関等で記入してもらってください。

ただし、領収書を添付するときは記入の必要はありません。

注3 診療の翌月から起算して6月以内に申請してください。

注4 同一月分は、一回にまとめて申請してください。

(裏)

市町村記入欄

区分	一部負担金 A	付加給付の額 B	他方制度に よる負担額 C	自己負担額 ( 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