

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。

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

医療機関等の証明					
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
うち他方制度負担金		点	証明手数料の徴収	有 (円) ・ 無	
令和 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