

受付年月日	課 長	係 長	係	処 理 欄
				入力年月日
				R . .

第 6 号様式（第 5 条関係）

※太枠内のみ記入してください。

子ども医療費給付金支給申請書				
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				
連絡先				
受給資格者氏名				診療月 年 月分
◆ 子ども				
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
	()		. .	
◆ 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 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 2 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 3 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