

第6号様式(第6条関係)

子ども医療費給付金支給申請書					
令和 年 月 日					
瀬戸内町長 殿					
申請者氏名 ⑩					
住所					
受給資格者証番号					
子ども	氏名		保険の種類	被保険者名	
	生年月日	H・R 年 月 日			
	申請者との続柄			記号・番号	
受給資格者氏名				保険者名	

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	
令和 年 月 日 医療機関等の所 在 地 名 称 開設者氏名 ⑩					

※市町村記入欄

支給決定伺	課 長	課長補佐	係 長	係
決 裁 欄				

区分	一部負担金 A	附加給付の 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

注1 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。

2 申請者は記名押印に代えて署名することができます。