

第7号様式(第6条関係)

子ども医療費給付金支給申請書						年 月 日
湧水町長 様		申請者 氏 名 住 所 (電話 )				
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						

※記名押印に代えて署名することができます。

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		

※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。領収書(受診者名, 受診年月日及び保険点数, 自己負担額が明記され, 領収印のあるもの)を添えるときは, 記入は不要です。

【町記入欄】

支給決定伺 決 裁 欄	課 長	補 佐	係 長	係	備 考	
					支給決定額	
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

※同一月分は1回にまとめて申請をしてください。

※受診の翌月から6か月以内に申請をしてください。