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 |
| 申請者との続柄 |  | 記号・番号 |  |
| 受給資格者氏名 | |  | 保険者名 |  |

※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 | | 課　長 | | 補　佐 | | 係　長 | | 係 | | 備　　　考 | |
| 決栽欄 | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | 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。