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。