

第 7 号様式(第 6 条関係)

子ども医療費給付金支給申請書						
湧水町長		様		年 月 日		
				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					
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 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。