

子ども医療費支給申請書

年 月 日

(宛先) 阿久根市長

申請者 住 所

氏 名

(指定金融機関)

受給資格者 証 番 号		医 療 保 険	被保険者 氏 名	
子 ど も	氏 名		記号・番号	
	生年月日		年 月 日	
受給資格者 氏 名		保険者名		

医 療 機 関 等 の 証 明

診療月	医療保険対象総点数	1 入院 2 入院外 3 歯科
月	総 点 数	点 傷病名
	うち他法制度 による負担分	点 原 因 1 第三者 2 その他
年 月 日	医療機関等の所在地 名 称 開設者氏名	
		印

(ここから下は記入しないでください)

支 給 決 定 伺							
決 裁 欄	市 長	副 市 長	課 長	課長補佐	係 長	係	
課 税							
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-3,000円+E)	
入院	円	円	円	円	円	円	
外来	円	円	円	円	円	円	
計	円	円	円	円	円	円	
非 課 税							
区 分	一 部 負 担 金 F	付 加 給 付 の 額 G	他 法 制 度 に よる負担額 H	自 己 負 担 金 (F-G-H) I	証 明 手 数 料 J	支 給 決 定 額 I + J	
入院	円	円	円	円	円	円	
外来	円	円	円	円	円	円	
計	円	円	円	円	円	円	

注 医療機関等の証明欄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。