

第6号様式(第6条関係)

子ども医療費助成金支給申請書 令和      年      月      日 瀬戸内町長      殿 申請者氏名      ⑩ 住所 (指定金融機関      )						
受給資格者証番号						
子 ど も	氏名			保 険 の 種 類	被保険者名	
	生年月日	H・R	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						

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	
令和      年      月      日 医療機関等の所在地 名称 開設者氏名      ⑩					

※市町村記入欄

支給決定伺	課長	課長補佐	係長	係
決裁欄				

区分	一部負担金 A	附加給付の 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

注1 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。

ただし、領収証を添えるときは記入の必要はありません。

2 申請者は記名押印に代えて署名することができます。