

子ども医療費助成金支給申請書

大崎町長 殿

年 月 日

申請者 氏 名

住 所 大崎町 番地

(電話 ー)

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			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	
年 月 日			医療機関等の所在地 名 称 開設者氏名 (印)		

※ 市町村記入欄

支給決定伺

決 裁 欄	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。