

様式第5号 (第6条関係)

決 裁 処 理 欄	課長	主幹	主査	担当	受付	通知	支払
					月 日	月 日	月 日
	診療一部負担金		高額療養費		附加給付		支給額合計
	円		円		円		

子育て支援医療費支給申請書

令和 ○年 ○月○○日

川島町長 へ

住所 川島町大字下八ツ林 870-1  
氏名 川島 かわべえ  
電話 ××× (×××) ××××

療費を申請します。

**保護者記入**

対 象 児 童	123456789	加 入 保 険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	川島 かわべえ
	ふりがな氏名 かわじま 川島 かわみん		記号・番号	川島 ☆☆☆
	生年月日 平成○○年○月○日		名称	川島町
添付された領収書は日本スポーツ振興センターの災害共済給付を申請したものであてはまるものに○をつけてください。				はい・いいえ
添付された領収書は交通事故等第三者行為によるものであてはまるものに○をつけてください。				はい・いいえ

**医療機関記入**

申請者が記入し、領収書は必ず添付してください。

保険適用内の金額を記入してあるか確認

1,200 円	入院 日	外 来

診察にかかった月を記入してあるか確認

ただし、○年 ○月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 円含む)  
※入院時の食事療養に係る標準負担額及び外来薬剤一部負担金を含まない

保険診療総点数	400 点	他法負担分点数	点
---------	-------	---------	---

保険点数 (若しくは金額) が記入してあるか確認

令和 ○年 ○月○○日 (算定日数 2 日)

川島 かわみん 様

医療機関等所在地 (住所) 川島町大字下八ツ林  
名称 田園戦隊接骨院  
氏名 かわじまん

証明者の印をお願いします。

**田園戦隊  
接骨院**

- 1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
- 2 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
- 3 日本スポーツ振興センターの災害共済給付や交通事故等第三者行為による給付をうけられる場合は子育て支援医療費の対象にはなりません。