

様式第4号

決 裁 処 理 欄	決裁権者	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			
	入院時食事療養標準負担額		(市町村民税非課税)		(非課税で4か月以降)			
260円× 回= 円		210円× 回= 円		100円× 回= 円				

子育て支援医療費支給申請書

申請日 平成××年××月××日

ピンク色の受給資格証の受給者番号7ケタを記入してください。

住所 川島町 大字平沼1175  
氏名 川島太郎  
電話 (049-297-1811)

下記のとおり医療機関を申請します。

対 象 児 童	受給資格証 記号・番号	1000001	加入 医療 保険	世帯主・被保険者・組合 員・加入者の氏名	川島太郎
	ふりがな 氏名	川島花子		市町村民税の状況	課税・非課税
	生年月日	平成21年1月27日		記号・番号	川島・0000
				名称	川島町国民健康保険 電話049(297)1811

注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

領 収

お子さんが加入している医療保険の内容を記入してください。

¥ \_\_\_\_\_ 円

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を含まない～

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

入院時食事療養標準負担額

¥ \_\_\_\_\_ 円 (算定日数 \_\_\_\_\_ 日)

年 月 日

様

医療機関等所在地 (住所)

名 称  
氏 名

印

注) 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。