

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

年 月 日

川島町長様

住所 川島町

氏名

電話 (049- -)

下記のとおり医療費を申請します。

対 象 児 童	受給資格証 記号・番号	加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者・組合 員・加入者の氏名	
	ふりがな		市町村民税の状況	課税 ・ 非課税
	氏名		記号・番号	
	生年月日		名称	電話 ()

注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

領 収 書		入院 日	外 来
¥ 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。