

様式第5号(第6条関係)

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 ()

下記のとおり医療費を申請します。

対 象 児 童	受給者番号	加 入 保 険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
	ふりがな氏名		市町村民税の状況	課税 ・ 非課税
	生年月日		記号 ・ 番号	
			名称	電話 ()
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すか				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すか				はい・いいえ

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及び外来薬剤一部負担金を含まない～		
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		

- 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。
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。