

子ども医療費給付金支給申請書							
年 月 日							
垂水市長 殿							
申請者 住 所 氏 名							
受給資格者証番号							
子ども	氏 名			加入保険	保険の種類	政 組 日 船 共 国	
	続 柄				記 号 号		
	生 年 月 日	年 月 日			被 保 険 者 氏 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					

医療機関の方へ-----不要の欄（記入しない欄）は、斜線で消して下さい。

※市町村記入欄						
区 分	一部負担金 A	付加給付の額 B	他法制度による負担額 C	自己負担額 (A-B-C) D	証明手数料 E	支給決定額
入 院						
外 来						
計						

注 医療機関等の証明は医療機関等で記入してもらって下さい。
ただし、医療費内訳の明確な領収書を添えるときは記入の必要はありません。