

子ども医療費給付金支給申請書

年 月 日

鹿児島県龍郷町長 殿

申請者 住所 龍郷町
氏名
(電話)

受給資格者証番号			保 険 の 種 類	被保険者 氏 名	
子 ど も	氏 名			記号・番号	
	生年月日				
	申請者との続柄			保険者名	
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
うち他法制度負担金		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 印					

注）医療機関等の証明は医療機関等で記入してもらってください。

※ 市町村記入欄							
支給決定伺		課長	補佐		係長	係	備考
決裁欄							
						支給決定額	
区分	一部負担金 A	付加給付の額 B	他法制度に よる負担金 C		自己負担金 (A-B-C) D	証明手数料 E	支給決定額 D+E
入院		円	円	円	円	円	円
外来		円	円	円	円	円	円
計		円	円	円	円	円	円