

子ども・児童医療費助成金支給申請書

令和 年 月 日

鹿児島県天城町長 殿

申請者住所

氏名

印

(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	
令和 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

支給決定何	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	附 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