

階上町子ども医療費給付申請書

年 月 日

階上町長 宛て

※（保護者）

住 所 階上町

氏 名

T E L

階上町子ども医療費給付条例第7条の規定による _____年 _____月の医療費の給付を申請します。

対 象 者 氏 名	生 年 月 日	受 給 資 格 証 番 号	年 齢 区 分
男女	年 月 日	第 号	
保 険 証 記 号 番 号	記 号	保 険 種 別 社 保 ・ 国 保	
	番 号	保 険 者 名	
支 払 金 融 機 関 (保 護 者)	銀 行 信 用 金 庫	支 店	口 座 番 号

医 療 機 関 証 明 書 欄	保 険 診 療 総 点 (入 院 時 食 事 療 養 費 を 除 く)	入 院 点	円	一 部 負 担 受 領 額	
		外 来 点		他 法 負 担	円
		合 計 点 (円)			

上記の一部負担金を受領したことを証明する。

医療機関等の
所在地・名称

開設者氏名

支 給 額	外 来			入 院		
	医 療 費 総 額	一 部 負 担 金	付 加 給 付	医 療 費 総 額	一 部 負 担 金	付 加 給 付

※保護者の住所、氏名と太線の枠内だけ御記入ください。