

様式第6号(第7条関係)

深浦町子ども医療費給付申請書

年 月 日

深 浦 町 長 様

(保護者)

住 所

氏 名

電話番号

印

深浦町子ども医療費給付条例第8条2項の規定により 年 月分の医療費の給付を申請します。

対象子ども氏名		生年月日		受給資格証番号	
男 女		年 月 日		深浦町 第 号	
保 険 証 記 号 ・ 番 号		記号		保険種別	
		番号		保険者名	
支払金 融機関	銀行・信金 信組・農協	店	普当 他	口座番号	

(口座名義 )

医 療 機 関 証 明 欄	保 険 診 療 総 点 数 (入院時食事療養費を 除く)	入院 点	他 法 負 担 点	一部負担受領額
		外来 点		点円
<p>上記の一部負担金を受領したことを証明する。</p> <p>医 療 機 関 等 の 所 在 地</p> <p>医療機関等名称・開設者氏名 <span style="float: right;">印</span></p>				

入院一部負担額 A	入院附加給付の額 B	入院受給者負担額 C	①入院給付額 (A-B-C)
通院一部負担額 X	通院附加給付の額 Y	通院受給者負担額 Z	②通院給付額 (X-Y-Z)
一部負担額計 (A+X)	附加給付の額計 (B+Y)	受給者負担額計 (C+Z)	給付決定額 (①+②)

\* 太枠内は申請者が記入してください。