(その2)

子ども医療費支給請求書

(柔道整復・あん摩・マッサージ・はり・きゅう用)

　小豆島町長　殿

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受給資格者 | 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 対象となる子ども | 氏名 | 　 |

次のとおり一部負担金を支払いましたので、一部負担金に係る医療費の支給を申請します。

|  |
| --- |
| 　 |
| 　 | 療養費に係る一部負担金額の証明 | 　 |
| 年　　月分　 | 1　社保　　2　国保 |
| 　 |
| 医療費の総額 | 円　 |
| 一部負担金額(本人負担額) | 円　 |
| 他法等支給額 | 円　 |
| 本人負担額(その他利用料は含まない) | 円　 |
| 施術日数 | 回　 |
| 証明年月日　　　　年　　月　　日 |
| 　施術者の資格住所及び氏名 | 　 |
| 　町事務処理欄 |
| 　 | 本人負担額(A) | 高額療養費(B) | 付加給付額(C) | 支給決定額D＝A－B－C | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 受付年月日 | 年　月　日　 | 　 | 決裁 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 決裁年月日 | 年　月　日　 |
| 支給年月日 | 年　月　日　 |
| 　 |

　(施術者記入欄)