(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)