

(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。

(施術者記入欄)

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						