様式第６号（第６条関係）

子ども医療費助成金支給申請書

令和　3年　11月　8日

伊佐市長　様

申請者住所　伊佐市大口里〇〇〇〇番地

氏名　伊佐　太郎

（電話番号　〇〇〇－〇〇〇〇-〇〇〇〇　）

受給資格者証番号		20000000			
子ども	氏名	伊佐　花子	保険の種類	被保険者氏名	伊佐　太郎
	生年月日	令和2年　11月　10日		記号・番号	国・伊佐　〇〇〇〇〇〇
	申請者との続柄	子			
受給資格者氏名		伊佐　太郎		保険者	伊佐市

子ども医療費助成金受給資格者証に記載されている方。被保険者と違う場合があります。

診療月	令和				
療養の給付総点数	入院	点	療養の給付に係る一部負担金	入院	円
	外来	点		外来	円
うち他法制度負担分		点	証明手数料の徴収	有（　円）・無	

令和　年　月　日

保険医療機関等の所在地

名　称

代表者氏名　㊞

※市町村記入欄

支給決定伺							
決裁欄							

課税

区分	一部負担金 A	附加給付の額 B	他法制度による負担額 C	自己負担金（A－B－C） D	証明手数料 E	支給決定額（D－3,000円＋E）
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円

非課税

区分	一部負担金 F	附加給付の額 G	他法制度による負担額 H	自己負担金（F－G－H） I	証明手数料 J	支給決定額 I＋J
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円

注　保険医療機関等の証明は保険医療機関等で記入してもらってください。ただし，領収証を添えるときは記入の必要はありません。

本人・配偶者・代理人（氏名　　続柄　　）

個人番号ｶｰﾄﾞ・免許証・保険証・その他（　　）で確認済