

様式第4号(第6条関係)

決裁処理欄	決裁権者			担 当	受 付	年 月 日
					決 裁	年 月 日
					支 給	年 月 日
	診 療 一 部 負 担 金	高 額 療 養 費	附 加 給 付 金	支給額合計		
	入院時食事療養標準 円×食＝円	(市町村民税非課税) 円×食＝円	(非課税で入院91日目以降) 円×食＝円	円		

こども医療費支給申請書

年 月 日

横瀬町長 様

申請者住所  
(受給資格者)氏名 (印)  
電話 ( )

下記のとおり、医療費の支給を申請します。  
記

対 象 児	受給資格証 記号番号		加入 医療 保険	世帯主・被保険 者・組合員・加入 者の氏名	
	フリガナ 氏名			市町村民税の 状況	課税・非課税
	生年月日	年 月 日		記号・番号	
				名称	Tel

(注) 上部支給申請書欄は、申請者(受給資格者)が記入してください。

入院 日 外 来

領 収 書

¥ \_\_\_\_\_

ただし、年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む。)  
—— 入院時の食事療養に係る標準負担額は含まない。 ——

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

入院時食事療養標準負担額  
¥ \_\_\_\_\_ (算定食数 食)

年 月 日  
様

医療機関等所在地(住所)  
名 称  
氏 名 (印)

- (注) 1 下部領収書欄は医療機関等で記入してください。(入院・外来を表示してください。)  
2 他法負担分点数欄は、他法公費負担で支払われる額を点数で記入してください。  
3 この申請書を横瀬町に提出するときは、印鑑・保険証も持参してください。