様式第6号(第6条関係)

㋖　　子ども医療費支給申請書　　訪問看護療養費用

年　　月　　日

三豊市長　様

受給資格者	受給者番号	
	住　　所	
	氏　　名	
対象の子ども	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。

(医療機関等記入欄)

訪問看護療養費基本利用料支払額

年　　月分	1　社保　　2　国保

訪問看護療養費総額	円
基本利用料	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
訪問回数	回

証明年月日　　年　　月　　日

医療機関コード

訪問看護事業所の所在地
及び名称開設者氏名　　㊞

市事務処理欄

本人負担額　A	高額医療 保険者負担額　B	附加給付額　C	支給決定額　D D＝A－B－C

受付年月日	年　　月　　日
決裁年月日	年　　月　　日
支給年月日	年　　月　　日

決裁						