様式第6号(第6条関係)

# 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<br>保険者負担額　B | 附加給付額　C | 支給決定額　D<br>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 | | | | | | |