様式第5号(第6条関係)

子 ど も 医 療 費 支 給 申 請 書

(柔道整復・あん摩・マッサージ・はり・きゅう等用)

㊖

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。

(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

療養費の総額	円
一部負担額(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	日

証明年月日　　年　　月　　日

医療機関コード

施術者の資格

住所及び氏名　　㊞

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						