第６号様式（第７条関係）

鶴田町子ども医療費給付申請書

年　　月　　日

鶴田町長　　殿

住所　鶴田町大字

（保護者）

氏名

鶴田町乳幼児医療費給付条例第４条の規定により下記のとおり申請します。

対象者氏名	生年月日	受給資格証番号
男 女	年　月　日	鶴田町第　　号

加入保険記号・番号	記号		保険種別	
	番号		保険者名	
支払金融機関	銀行　　支店		口座番号	

（※口座振込は、保護者と口座名義人が同じであること。）

医療機関証明欄				
保険診療総点数（入院時食事療養費を除く。）	入院　　点 外来　　点 点（円）	他法負担　　点	一部負担受領額	点　　円
上記の一部負担金を受領したことを証明する。 医療機関等の所在地・名称 開設者氏名				

	一部負担額Ａ	附加給付金Ｂ	受給者負担額Ｃ	給付決定額（Ａ－Ｂ－Ｃ）	日数
通院					
入院					

※　太枠内は、申請者が記入してください。

通院	～	
入院	～	
合計	～	