

第4号様式（第5条関係）

こども医療費助成申請書						年 月 日
須賀川市長						
申請者 住 所 須賀川市						
(保護者) 氏 名						⑩
(電話 — —)						
受給者番号		こども氏名		生年月日		年 月 日

保 険 診 療 証 明 欄													
下記のとおり証明します。													
コード _____													
医療機関名													
所在地													
名 称													
代表者													
⑩													
入院・入院外の別		入 院 ・ 入 院 外											
診 療 月		年 月 分		診 療 日 数								日	
保険診療合計点数		点		公 費 負 担 等		育 成 ・ 養 育 ・ 更 生 ・ そ の 他							
受 領 金 額 (保険診療分のみ額)		円		医 療								円	
食 事 提 供 回 数		回		入 院 時 食 事 療 養 費 標 準 負 担 月 額 (受 領 額) (提供回数×標準負担額)								円	
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額		円											
診療科目	1	2	3	4	医科細目	1	2	3	4	6	9	10	14
	医科	歯科	調剤	その他		内科	小児	外科	小外	皮ふ	眼科	耳鼻	その他()

高額療養費支給に関する確認書（申立書）						
下記のとおり確認（申立て）します。						年 月 日
須賀川市長						
確認者（申請者）名						⑩
療養を受けた人氏	療養を受けた病院・診療所等	病院・診療所等で支払った一部負担金	世帯合算額から控除する額	高額療養費支給決定額	付加金決定額	
合 計						
助 成 決 定 額						円