

子ども医療費助成支給決定決議書

起案年月日 年 月 日

課長	課長補佐	課員	起案者	支給決定額
				円
本人負担額	附加給付額		所定負担金	
円	円		円	

子ども医療費助成請求書(兼申請書)

年 月 日

内灘町長

住所 内灘町

申請者

氏名

印

請求金額

円也

(医療費の内訳は裏面のとおりに)

受給者番号		被保険者	
受給者氏名		記号番号	
児童氏名		保険者名	
生年月日	年 月 日		
学校名	※	保険者番号	()

※ 15歳に達する次の4月1日以降の者のみ記入