別記様式第3号（第四条関係）

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）

令和　　年　　月　　日

内灘町長

住　所　内灘町

申請者

氏　名　　㊞

請求金額　　円也

（医療費の内訳は裏面のとおり）

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