

南阿蘇村乳幼児・子ども医療費給付金申請書

※医療機関等証明欄	受診（領収）証明				
	氏名				
	生年月日		年 月 日生		
	診療月	入院			
		通院	年 月分（日数 日）		
	保険診療に要した点数および金額		総点数	左の内 公費負担点数	一部負担金額 (領収額)
		入院	点	点	円
		通院	点	点	円
	医療機関コード				
	病院等の住所及び名称		印		

申請者記入欄	上記医療機関等の証明のとおり受診しましたので申請します。			
	年 月 日			
	申請者(保護者) 住所		南阿蘇村大字	
	氏名		印	
(あて先)南阿蘇村長				

- ※医療機関等証明欄は受診した月分の医療費について、その翌月以降に病院等に依頼し、記入してもらってください。
- 医療機関ごとに1箇月分をまとめて貼付してください。
- 申請期限は受診した翌月から6箇月以内です。