

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			

子ども医療費助成申請書

内灘町長		年	月	日
		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