

医療費内訳書

下記の医療費について子ども医療費扶助の申請をします。

子どもの氏名				
医療機関名	診療月	入院・通院・調剤 (該当するものに○)	回数 (入院は日数)	※ 点数
				※ 金額
	年 月	入院・通院・調剤	回	点
				円
	年 月	入院・通院・調剤	回	点
				円
	年 月	入院・通院・調剤	回	点
				円
	年 月	入院・通院・調剤	回	点
				円
	年 月	入院・通院・調剤	回	点
				円
	年 月	入院・通院・調剤	回	点
				円
	年 月	入院・通院・調剤	回	点
				円
	年 月	入院・通院・調剤	回	点
				円

医療内容の明細のある領収書または子ども医療費計算書を別添します。

※印欄は記入しないでください。