

子ども医療費助成金支給申請書

(1) 申請者の情報をご記入ください

志布志市長 様

提出日を記入 年 月 日

(2) 下の資格証を参照し、
ご記入ください

申請者 氏名
住所

保護者氏名を記入

現住所を記入

印

受給資格者証番号	① を記入					
子ども	氏名	受診した子どもの氏名		保険の種類	被保険者氏名	④ を記入
	生年月日	年 月 日			記号・番号	⑤ を記入
	申請者との続柄	② を記入			保険者名	⑥ を記入
受給資格者氏名	③ を記入					

医療機関等証明

診療月	年	月	日	患者氏名			
(3) 受診した医療機関で1ヶ月分の証明をもらう または、 受診した医療機関で1ヶ月分の領収書を持参 (ただし、医療点数表示のあるもの)					の給付に	入院	円
					一部負担金	外来	円
					数料の徴収	有 (円) ・ 無	

年 月 日

医療機関等の所在地
名称
開設者氏名

印

子ども医療費助成金受給資格者証		
受給資格者	受給者番号	①
	氏名	③
	住所	
乳幼児	氏名	続柄: ②
	生年月日	
	住所	
医療保険	被保険者氏名	④
	記号・番号	⑤
	保険者	⑥
平成 年 月 日発行		
鹿児島県志布志市長		

申請期間

診療した月の翌月から

起算して6ヶ月以内に申請してください。

診療月	支給申請書の申請期間
4月	5月～10月
5月	6月～11月
6月	7月～12月
7月	8月～翌年1月
8月	9月～翌年2月
9月	10月～翌年3月
10月	11月～翌年4月
11月	12月～翌年5月
12月	翌年1月～翌年6月
1月	2月～7月
2月	3月～8月
3月	4月～9月