

様式第6号（第6条関係）

子ども（乳幼児・児童生徒）医療費支給申請書  
（訪問看護療養費用）

観音寺市長 宛て

年 月 日

受給資格者 (保護者)	受給者番号							
	住 所	観音寺市 町		番地		丁目 番 号		
	氏 名	㊦						
対象となる子ども	氏 名	㊦						
	生年月日			年 月 日				

次のとおり一部負担金を支払いましたので、一部負担金に係る医療費の支給を申請します。  
(訪問看護事業者記入欄)

訪問看護療養費基本利用料支払額										
年 月分	保険の種類	協・共・組・国組・国								
訪問看護療養費総額		円								
基本利用料		円								
他法等支給額		円								
本人負担額(その他利用料は含まない。)		円								
訪問回数		回								
医療機関コード										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
証明年月日	年 月 日									
訪問看護事業所の所在地 及び名称 開設者氏名		㊦								

※市事務処理欄

本人負担額(A)	高額医療 保険者負担額(B)	支給決定額 (C) C = A - B	備 考
受付年月日	年 月 日		
支給年月日	年 月 日		

※欄は市において記入します。