別記第6号様式（第6条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **養　育　医　療　給　付　台　帳** | 受給者番　号 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 公費負担者番号 |  |
| フリガナ | 　 | 性別 | 1　男2　女 | 生年月日 | 住所 | 〒 | 　 | 　 | 　 | － | 　 |  | 　 | 　 | 　　  |
| 受給者氏　名 | 　 |
| ・　　　　・ | 　 |
| フリガナ |  | 続柄 | 1　父 | 3　祖父 | 5　その他 | 住所 | 〒 | 　 | 　 | 　 | － | 　 | 　 | 　 |  | 電話番号 |
| 申請者氏　名 | 　 |
| 2　母 | 4　祖母 | （　　　　） |  |  |
| 保険種別 | 　 | 保険者名 | 　 | 保険証 | 記号 |  | 　番号 |  |
| 子ども医療費受給者証番号 | 指定養育医療機関 | 名　称 | 　 | 出　生　時　体　重 | 意　見　書　所　見 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 所在地 | 　 | ｇ |  |
| 医　療　券交付年月日 | 医　療　券　有　効　期　間 | 診　療　予　定　期　間 | 所得税額 | 階層区分 | 徴収月額 |
| ・　　・ | ・　　　・　　　　～　　　　・　　　・ | ・　　　・　　　　～　　　　・　　　・ | 円 |  | 円 |
| 請求月 | 診療月 | 診　療実日数 | 決定点数① | 医療保険等負担額　② | 差引額①－②＝③ | 移送費等④ | その他⑤ | 支弁額③＋④＋⑤＝⑥ | 備　　考 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 計 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |