|  |  |
| --- | --- |
| 別記第7号様式（第6条関係） |  |
| 養　育　医　療　券　 | （病院・診療所用） |
|  | 交付年月日 |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|
| 被保険者証等 | 記　　号 | 番　　号 |
|  |  |
|
| 保険者等の名称 |  |
|
| 受療者 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
|
| 生年月日 |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日生 | 性別 |  |
| 申請者 | フリガナ | 　 |
| 氏　　名 | 　 |
|
| 生年月日 |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日生 | 受療者との続柄 |  |
| 住所 |  |
|
| 指定養育医療機関（病院、診療所） | 名称 | 　 | 電話番号 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 診療予定期間 |  | 年 | 　 | 　 | 月 | 　 | 　 | 日 | から |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| この券の有効期間 |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | から |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
|
| 　 | 上記のとおり決定します。 |  |
| 　 |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  | 日 | 　 |
| 　　 | 長　洲　町　長 |  |  |  | ㊞ | 　 |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 母子保健法第２１条の４の規定により徴収する額 | 基準月額 | 　 | 円 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※ | ご負担いただく金額（徴収基準月額）は、養育医療給付申請時に添付された委任状に基づき、養育医療 |
|  | 担当課において、子ども医療費の請求及び受領をいたします。 |  |
| ※ | ２人以上のお子さまが同時に養育医療の認定を受けている場合、２人目以降のお子さまについては負担 |
|  | 金額が１０分の１となります。ただし、負担金額の全額を適用されているお子さまが先に退院された場合には、入院を継続されるお子さま（のうち、お１人）に負担金額の全額が適用されます。 |