第　　　　　号

年　　月　　日

　　　（申　　請　　者）　　様

長洲町長

領　収　額　通　知　書

　お子さまの養育医療に要する費用については、母子保健法等の規定により保護者様の所得に応じて、その一部をご負担していただくこととなっております。

　このたび、養育医療給付申請時に添付された委任状に基づき、ご負担いただく金額を下記のとおり子ども医療費として受領いたしましたのでお知らせします。

　ご不明な点等につきましては、養育医療担当課までお尋ねください。

記

子ども氏名：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療年月 | 診療日数 | 総医療費 | 食事療養費 | 負担額  （領収額） | 養育医療機関名 |
| 町負担額 | 町負担額 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |

※入院日数がひと月に満たない場合、負担額は日割計算をしております。

※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となっております。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。

※町負担額とは、町が医療機関に支払った額です。