第４号様式（第５条関係）

月分　子ども医療費請求書

請求額	

年　　月　　日

宇多津町長　　殿

施術所	所在地 名称 管理者 電話番号							
	登録機関コード							
	振込先	銀行　　支店 普通　・　当座　　口座番号						

関係書類を添付の上、上記のとおり請求しますので、上記口座に振り込んでください。

内　　訳　　書

受給資格者証番号	氏　　名	総費用額	負担割合	本月の通院日数	請求金額
		円	2割　・　3割	日	円
			2割　・　3割		
			2割　・　3割		
			2割　・　3割		
			2割　・　3割		
			2割　・　3割		
			2割　・　3割		
			2割　・　3割		
			2割　・　3割		
			2割　・　3割		
			2割　・　3割		
			2割　・　3割		
				合計	円

（　　枚のうち　　枚）