

様式第5号（第6条関係）

子ども医療費現物給付請求書

年 月 日

久喜市長 あて

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号

久喜市子ども医療費支給に関する条例施行規則第6条第2項の規定により、
年 月分として、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 _____ 円

内訳

子ども医療費 _____ 件 _____ 円

事務手数料 _____ 枚 _____ 円

（発行責任者及び担当者）

発行責任者 _____（電話番号 _____）

担当者 _____（電話番号 _____）

※請求者と同じ場合は記入不要です。

※請求内容等について、電話で確認をさせていただくことがあります。