

記入例

様式第5号（第6条関係）

請求書は訂正不可ですので、誤りがある場合は差し替えをお願いします。

子ども医療費現物給付請求書

日付は空欄をお願いします。

年 月 日

久喜市長

あて

4箇所をご記入
ください。
押印は不要です。

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、
令和 7年 4月分として、下記のとおり請求します。

請求年月以前の診療分がある場合でも、請求する年月をご記入いただき、まとめてご提出ください。

記

請求金額

金 **3,600** 円

内訳

子ども医療費 **3** 件 **3,500** 円

事務手数料 **1** 枚 **100** 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。

請求金額の件数と金額をご記入ください。