

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

申請者 所在地
医療機関名
代表者名 印
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