

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3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