様式第７号（第６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療券（病院・診療所用） | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  | 交付年月日 | | |
| 公費負担医療の  受給者番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  | 年 月 日 | | |
| 被保険者証等の |  | | | | | 保険者等の名称 | | | |  | | |
|  | 氏名 | | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年 月 日 | | | | | | | |  |
|  | 氏名 | | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | | | | | | 受療者との  続 柄 |  |
| 住所 | | |  | | | | | | | 職業 |  |
| 指定養育医療機関  （病院、診療所） | 名称 | | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | |
|  | 年 月 日から 　　 　 年 月 日まで | | | | | | | | | | | |
| この券の有効期間 | 年 月 日から 　　 　 年 月 日まで | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり決定します。  年 月 日    産山村長 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 母子保健法第２１条の４の規定により徴収する額 | 基準月額 | 円 |

※ご負担いただく金額（徴収基準月額）は、養育医療給付申請時に添付された委任状に基づき、

　養育医療担当課において、乳幼児医療費の請求並びに受領をいたします。

※二人以上のお子様が同時に養育医療の認定を受けている場合、二人目以降のお子様については負担金額が１０分の１となります。ただし、負担金額の全額を適用されているお子様が先に退院された場合には、入院を継続されるお子様（のうち、お一人）に負担金額の全額が適用されます。