様式第９号（第７条関係）

　第 　　　　 号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

申請者

　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　産山村長

領収額通知書

お子様の養育医療に要する費用については、母子保健法等の規定により保護者様の所得に応じて、その一部をご負担していただくこととなっております。

このたび、養育医療給付申請時に添付された委任状に基づき、ご負担いただく金額を下記のとおり乳幼児医療費として受領いたしましたのでお知らせ致します。

　ご不明な点等につきましては、養育医療担当課までお尋ね下さい。

記

乳児名：

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療年月 | 診療日数 | 総医療費 | 食事療養費 | 負担額（領収額） | 養育医療機関名 |
| 村負担額 | 村負担額 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |

※入院日数がひと月に満たない場合、負担額は日割計算を行っております。

※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となっております。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ております。

※村負担額とは、村が医療機関に支払った額のことです。