

☆訂正箇所には印鑑（請求書使用印）をお願い致します。

年 月分 長洲町子ども医療費助成金総括請求書

件 数	総 点 数	左のうち公費負担金点数
件	点	点

年 月 日

総医療費10割の点数

患者負担2割又は3割の点数

長洲町長 様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

1か月分の件数

上記公費負担数金額

請求金額

			件数	点数	助成額
0歳～小学校就学前	2割	社保			
		国保			
小学生～中学生	3割	社保			
		国保			
合 計					

請求金額

円

長洲町が医療機関にお支払いする金額
(文書料、容器代等は患者負担ですので
含みません。)
レセプト請求については従来どおりで変更
ありません。
請求金額欄の訂正はできません。

(振込先)

金融機関名			支店 支所
普通・当座	口座番号		
ゆうちょ銀行	記号		
ふりがな			
口座名義人			

☆様式等については長洲町ホームページよりダウンロードできます。

<https://www.town.nagasu.lg.jp/list00085.html>

