

医療費証明書

¥ _____

月分内訳

児童名	金額	内訳
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	

1. 就労し、最初の賃金を得る月までの間に、国民健康保険等に加入している児童が、医療機関または薬局で支払った自己負担額が対象となります。
2. 領収書等、支払ったことがわかる書類を添付してください(写しで可)。
3. 内訳には、「〇月〇日〇〇内科受診」「〇月〇日〇〇薬局調剤」と記載してください。件数が多い場合は「〇月〇日〇〇内科受診ほか〇件」とまとめて記載可とします。

上記のとおり、医療費を支払ったことを証明します。

年 月 日

施設長(里親)名

※ 法人の場合は記名押印してください。

法人以外でも、本人(代表者)が自署しない場合には、記名押印してください。