様式第２３号

**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，「○月○日○○内科受診」「○月○日○○薬局調剤」と記載してください。件数が多い場合は「○月○日○○内科受診ほか○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。