様式第１３号(第１１条関係)

養育医療費請求書

年　　月　　日

能代市長　　様

住所

請求者

ふりがな

氏名　　印

続柄

養育医療に要する費用について、下記のとおり請求します。

金　　円

公費負担者番号		本　人　氏　名	
受給者番号			
医療保険の種別	1．国民健康保険　2．社会保険他　3．生活保護		
看護期間	年　月　日から　年　月　日まで		
移送	区　間	～	振込金融機関
	方　法		銀行 支店・本店
	移送年月日	年　月　日	普・当　No. ※金融機関コード
金　額			(　　)

上記のとおり実施したことを証明します。

年　　月　　日

指定養育医療機関名

担当医師氏名　　印

（注）　振込口座は請求者名義のものであることを確認のうえ請求してください。