

# 子ども医療費助成申請書

（申請年月日）令和 年 月 日

（宛先）山鹿市長

〒 861 - \_\_\_\_\_

申請者（保護者） 住 所 \_\_\_\_\_ 山鹿市

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

連絡先電話番号 ( )

次のとおり医療費の一部負担金を支払ったので、山鹿市子ども医療費助成に関する条例施行規則第3条の規定により、領収書を添えて申請します。なお、助成に関する世帯員の所得等の調査に関して、市長に委任します。

子ども	ふりがな	性別	男	生 年 月 日	受給資格者番号
	氏 名		女	H・R 年 月 日	

診療区分	受診月 (診療年月)		診療機関	保険合計点数 (月合計点数)	請求金額 (一部負担金)	高 額 療養費等	附 加 給付金	公費負担	支 給 決定額
	年	月							

※ 記入上の注意

- ① 保険適用外の自費分・入院時食事代・高額療養費・付加給付金・公費負担は助成（支給）の対象となりません。
- ② 同一診療機関発行の領収証（外来）が複数ある場合、診療機関別に月毎の合計した点数及び一部負担金をひと月毎にまとめてそれぞれ記入してください。（月毎に分けて別々の申請書で申請される必要はございません。）
- ③ 医療費助成の申請期間は診療月の翌月から1年以内です。（4月診療分は翌年の4月末まで申請できます。）