

子ども医療費助成申請書（記入例）

（宛先）山鹿市長

必ず、提出日をご記入ください。

（申請年月日）令和元年10月15日

〒 861-0000

申請者（保護者） 住所 山鹿市 ○○○×××番地

申請者は、受給者（助成金の振込み先名義人になっている方）についてご記入ください。

氏名 山鹿太郎 ⑧

連絡先電話番号 0000 (00) 0000

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	やまが いちろう	性別	男	生年月日	受給者証番号
	氏名	山鹿 一郎		女	令和〇〇年〇月〇日	〇〇〇〇〇〇

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
外来	年 月 1	例①参照 A病院	1, 224	2, 450				
外来	2	例②参照 Bクリニック	1, 167	2, 330				
薬剤	2	例③参照 C 調剤薬局	265	530				
外来	3	A病院	864	1, 730				
歯科	3	D 歯科医院	501	1, 000				
入院	4	E病院	42, 356	83, 600				
外来	4	E病院	501	1, 000				

ひと月分ごとに病院(医療機関)別に分けて記入して下さい。

高額療養費がある場合は、高額療養費の決定通知を添付して下さい。

ひと月に同じ病院(医療機関)であっても、入院と外来がある場合は、分けて記入して下さい。

※ 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・附加給付金・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月まで申請できます。）