

子ども医療費助成申請書

申請者電話番号 ー

対象者氏名	生年月日	年 月 日	住所	保護者氏名	対象者との続柄
-------	------	-------	----	-------	---------

※ 初めて申請する方、又は保険証、口座番号が変更になった方は御記入ください。

保険区分	国保 協会けんぽ 組合健保 共済 その他()	被保険者記号番号	保険者名
金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人(カタカナ)

医療機関証明	年 月分	入院	点	左記のとおり相違ないことを証明します。 医療機関等 所在地 名称 代表者
	診療報酬請求点数	外来	点	

請求額計算欄	療養に要した額	円	左記のとおり助成金を申請します。 なお、上記金融機関へ助成金の振込みを依頼します。 年 月 日 新富町長 殿 保護者氏名
	本人負担額	円	
	附加給付額	円	
	助成金申請額	円	
	控除額	円	
	県補助申請額	円	

注意事項

- この申請書は、診察を受けた月の末日までの分をまとめて医療機関等の証明を受けて福祉課に提出してください。入院と外来は、別々に証明を受けてください。
- 診療報酬点数と保険診療分、保険外診療分の明記してある領収書であれば医療機関の証明がなくても申請できます。医療機関ごと、月ごとの申請書用紙が必要です。
- この助成の対象は、診療報酬に定められた保険給付の範囲とします。(たとえば、特別室料、給食費等は対象になりません。)
- 自己負担金未払いの場合は、この証明はできません。
- 振込先金融機関は、保護者名義の金融機関を記入してください。
- 福祉課に提出していただいた翌月の末日に、申出のあった金融機関に振込みいたします。