

(記入例)

様式第6号 (第5条関係)

乳 幼 児 医 療 費 助 成 申 請 書

☎ 0983 - 33 - 0000

対象者氏名	新富 一郎	生年月日	平成 〇〇年 〇月 〇〇日	住所	新富町大字上富田7491番地	保護者氏名	新富 太郎	対象者との続柄	父
-------	-------	------	---------------	----	----------------	-------	-------	---------	---

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

保険区分	国保 政管保険 組合健保 共済 その他 ()	被保険者記号番号	〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	保険者名	〇〇〇共済組合 〇〇〇支部		
金融機関名	新富	支店名	〇〇支店	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	口座名義人(カタカナ)	シントミ タロウ

医療機関証明	年 月分 (診療実日数 日)	入院 点	左記の通り相違ないことを証明します。 医療機関等 平成 年 月 日 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	左記の通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。 平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 新富町長 殿 保護者氏名 新富 太郎 (印)
	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 ① 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。
- ② 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。受診者ごと、医療機関・保険薬局ごと、月ごとの申請書用紙が必要です。(同一病院で複数の診療科を受診した場合は、診療科ごとに必要です。)
- ③ 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。)
- ④ 自己負担金未払いの場合は、この証明はできません。
- ⑤ 振込先金融機関は、郵便局以外の保護者名義の金融機関を記入してください。

注 意 助成を受ける場合、必ず受診後1年以内に申請してください。(1年を超えると助成できません。)