

市川三郷町子育て支援医療費助成金請求書

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|--------|-------------|--------|--|
| 通院:入院 … 18歳の3月31日まで(ただし、4月1日生まれの方は18歳の誕生日の前日まで) | | | | | | 保護者記入欄 | |
| | | | | | | 受給者番号 | |
| 保護者記入欄 | 住所 | 保護者氏名 | 保護者との続柄 | 子ども氏名 | 子ども生年月日 | 受診時年齢 | |
| | 市川三郷町 番地 | | | | 年 月 日 | 歳 | |
| | 保険区分 | 加入している社会保険の名称 | 左の事務所の所在地 | | | | |
| 保護者記入欄 | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> その他() | 保険証記号番号 | TEL | | | | |
| | 医療機関の証明 ※この欄は、療養をうけた月の翌月10日以降に、医療機関等で記入及び証明を受けて下さい。 | | | | | | |
| 医療機関記入欄 | 年 月 分 | 実診療日数 | 医療機関等 年 月 日 | | | | |
| | 診療報酬請求金額 円 | 日間 | 所在地 | | | | |
| | 自己負担額 円 | 入院・入院外等の別 | | 名称 | | | |
| 医療機関記入欄 | 2割 | 3割 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 療養費 | 代表者名 印 | | | |
| | その他() | <input type="checkbox"/> 治療材料 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 医療機関以外の証明 | | | | | | | |
| 家族訪問看護療養費 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | その他の療養費 負担額 円 | | | | |
| 負担額 円 × 回 = | | | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | |
| 訪問看護事業者 所在地 | | | 年 月 日 | | | | |
| 名称・代表者 印 | | | 保険者 印 | | | | |
| 市町村記入欄 | A 療養に要した額 | 円 | E 高額療養費 | 円 | | | |
| | B 保険者負担額 | 円 | F 附加給付額 | 円 | | | |
| | C 公費負担額 | 円 | | | | | |
| | D 本人負担額(A-B-C) | 円 | I 助成金請求額(D-E-F) | 円 | | | |
| 保護者記入欄 | 上記のとおり支給されるよう申請します。 | | 年 月 日 | 金融機関名 | 銀行・金庫・組合・農協 | | |
| | 市川三郷町長 殿 | | 番地 | 本・支店名 | 支店 | | |
| | 市川三郷町 | | | 口座の種類 | 1普通 | 2当座 | |
| | TEL | | | 口座番号 | | | |
| | (申請者氏名) | | | ふりがな | | | |
| | | 保護者の口座 | | | | | |

*領収書は裏面に添付して下さい。

*診療後2年を経過したものについては、助成できませんので、ご注意ください。