

市川三郷町子育て支援医療費助成金請求書

保護者記入欄								
受給者番号								
通院:入院 … 15歳の3月31日まで(ただし、4月1日生まれの方は15歳の誕生日の前日まで)								
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	保険証記号番号	加入している社会保険の名称		左の事務所の所在地			
	☐ 国保 ☐ 政管健保 ☐ 共済組合 ☐ 組合健保 ☐ その他()				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	年 月 日		
	診療報酬請求金額 円				日間	医療機関等所在地		
	自己負担額 円					名称		
	入院・入院外等の別 2割 3割 ☐ 入院 ☐ 入院外 ☐ 歯科 ☐ 薬剤 ☐ 療養費 その他() ☐ 治療材料 ☐ その他()				代表者名		印	
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 名称・代表者 印				年 月 日 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				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				金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		
	市川三郷町長 殿				本・支店名	支店		
	市川三郷町 番地				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。