様式第4号（第3条関係）

子ども医療費助成申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　　月　　　日  菊池市長　様  受給者（保護者）住所　菊池市  氏名  下記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　ＴＥＬ | | | | | | | |
| ※受給者記載欄 | 受給者番号 | | 子どもの氏名 | | 生年月日 | | 保険種別 |
|  | |  | |  | | 国　保・協会けんぽ  組　合・その他 |
|  | | | | | |
| 医療機関記載欄 | 診療年月 | 年　　　月分 | | 患　者　氏　名 | |  | |
| 区　　　分 | 医療費総点数 | | 他の法律によって負担した額 | | 一　部　負　担　金　額 | |
| 入　　院 | 点 | |  | | 円 | |
| 入院外 | 点 | |  | | 円 | |
| 上記のとおり証明します。  年　　月　　日  医療機関　　　　　 所在地  名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  ＴＥＬ | | | | | | |
| 区　　　分 | 医療費総点数 | | 他の法律によって負担した額 | | 一　部　負　担　金　額 | |
| 調　　剤 | 点 | |  | | 円 | |
| 上記のとおり証明します。  　年　　月　　日  調剤薬局　　　　　　所在地  名 　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  ＴＥＬ | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記載欄 | 種別 | 一部負担金額 | 付加給付額 | その他控除額 | 自己負担額 | 支給決定額 |
| 入　院 |  |  |  |  |  |
| 入院外 |  |  |  |  |  |
| 調　剤 |  |  |  |  |
|  | | | | | 合　計 |  |

1. ※印のある欄は、申請者が記入してください。
2. 医療機関等の記入欄は受診した翌月の１０日以降に病院等に依頼してください。
3. 申請書提出の際は、確認のため必ず受給者証をご持参ください。
4. 医療保険各法の規定に基づき、高額医療費、付加給付の支給を受ける場合は、支給決定通知書等を添付してください。
5. 市役所への申請は、診療を受けた月の翌月から１年以内が期限となりますので、ご注意ください。