

子ども医療費助成申請書

受給者番号						
対象の小児	氏名			生年月日 平成 令和 年 月 日		
申請の種類	1. 一般(入院・入院外) 2. 歯科 3. 調剤 4. 補装具 5. その他			診療を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
医療費総額 <small>(保険点数×10円)</small>	円			助成申請額 <small>(保険自己負担分)</small>	円	
診療を受けた医療機関	1. 添付領収書のとおり 2. その他 ()					
申請の理由	1. 医療証交付前の受診のため 4. 未熟児養育費自己負担金 2. 県外の医療機関で受診したため 5. 補装具等の作成 3. 医療証を提出しなかったため 6. その他 ()					
振込先	<input type="checkbox"/> 児童手当の振込口座と同じ口座 <small>(公務員の方など職場から受け取っている方は必ず下記にご記入ください)</small>					
	<input type="checkbox"/> 銀行 信用金庫・組合 農業協同組合 店			普通 当座	口座番号	
	口座名義人			(カタカナで記入)		
※ 場合 記入 不要	保険の種類	1. 国保 2. 他国保 3. 協会けんぽ 4. 組合 5. 日雇 6. 共済 7. 船員				
	保険証の 記号番号				被保険者名 <small>(または世帯主名)</small>	
	保険者名 <small>(健康保険証発行者)</small>	1. 大井町 2. 全国健康保険協会 (支部)		健康保険組合 共済組合	保険者番号	
<p>上記のとおり、子ども医療費の助成を申請します。 なお、申請にあたり所得状況その他を公簿等により確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>大井町長 様</p> <p style="text-align: center;">住 所 大井町</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>						

受給者区分	被用者・非被用者	0歳・1歳～
-------	----------	--------

※市町村記入欄 (令和 年分) (令和 年分)

所得の合計額		円	円
控除額	雑費	円	円
	医療費	円	円
	小規模企業等掛金	円	円
	障害者(特・普)	円	円
	高齢者・寡婦・寡夫・ 勤労学生	円	円
	児童手当法施行令	80,000円	80,000円
控除後の所得額		円	円
扶養人数		人	人
所得制限額		円	円
助成対象の可・否		可・否	可・否
自己負担額		円	円
控除額	高額療養費	円	円
	付加給付等	円	円
	計	円	円
差引助成額		円	円

- 1 次のものは保険対象外のため助成しません。
 - ・一か月検診等の検診料。
 - ・入院時の食事療養費負担金。
 - ・その他室料、衣服貸与料、器材費、容器代等。
- 2 医療機関等の領収書を添えてください。
- 3 その他必要な書類の提出をお願いする場合があります。