

(記入例)

第1号様式(第9条関係)

(備考1) →

子ども医療費助成申請書

(備考2) 保険証の写しを添付すれば
記入不要

受給者番号	5	x	x	x	2	8	3	被保険者等氏名	綾瀬 太郎		
保険の種類	1国保	2国組	3政管	4組合	5日雇	6船員	7共済	被保険者証等記号番号	987-654321		
保険者名	符号	12345678			名称	あやせ自動車健康保険組合					
ふりがな	あやせ いちろう			生年月日	〇〇年〇月〇日						
子どもの氏名	綾瀬 一郎										
申請の種類	① 一般	2 歯科	3 薬剤	4 看護	5 舗装具	6 その他					
入院・入院外の別	1 入院	② 入院外									
診療等を受けた期間	〇年〇月〇日から			〇年〇月〇日まで							
医療費総額	円			助成申請額	円						
病院等の名称 所在地	〇〇子どもクリニック			他	※複数ある場合は一カ所のみ記入						
申請理由	① 県外			未発行	小中学生入院	小児慢性特定疾患	その他	()			
受領方	(備考3) 〇〇銀行 〇x支店			通帳	① 普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7				
	申請者名義の口座を記入してください。				2 当座	フリガナ	アヤセ タロウ				
						口座名義	綾瀬 太郎				
上記のとおり、子ども医療費の助成を申請します。							〇〇年〇月〇日				
綾瀬市長殿				住所	早川550番地						
保護者(保険証の被保険者(綾瀬市)の国民健康保険の場合は世帯主、共済の場合は組合員)の氏名				申請者氏名	綾瀬 太郎						
				電話	() 77-1111						

申請者、配偶者及び同居者の所得税課税額を課税台帳により確認することについて同意する。

※市記入欄

年分の所得の合計		円
控除額	雑損控除額	円
	医療費控除額	円
	小規模企業共済等掛金控除額	円
	障害者控除額	円
	年金・寡婦・寡夫・勤労学生控除額	円
	児童手当法施行令第3条第1項による控除額	円
	控除額計	円
控除後の所得額		円
助成対象の可否		可・否
助成額の計算	自己負担額	円
	(入院時食事療養費を除く。)	円
	高額療養費	円
	附加給付等	円
	控除額計	円
	附加給付の計算等	円
	差引助成額	円

- 備考
- 受給者番号欄には、乳児の医療証の交付を受けている方のみ記入してください。
 - 加入保険欄には、対象小児の加入保険内容を記入してください。被保険者等氏名の欄には、国民健康保険に加入している方は、世帯主氏名を記入してください。
※保険証の写しを添付すれば、記入不要です。
 - 振込口座は、申請者の方の名義の口座を記入してください。
 - 申請に当たっては、保険の療養費支給決定通知書又は次に掲げる項目を確認できる領収添えてください。
(1) 入院・入院外の別(入院の場合は入院日数) (2) 受診者の氏名
(3) 領収書(入院時の給食費を除く。) (4) 保険診療点数 (5) 診療年月日
(6) 領収年月日 (7) 病院等の所在地、名称、領収印

請求書

綾瀬市長 殿 記入不要

住所 早川550番地

—年—月—日

申請書に記入した申請者を記入 → 請求者 綾瀬 太郎

下記の金額を請求いたします。

納入先(課名・学校名)	請求番号	合計金額
子育て支援課		
品名	数量	金額
小児医療費助成金		

申請書と同じ口座を記入

■ 口座の場合

フリカ、ナ	アヤセ タロウ		
口座名義人	綾瀬 太郎		
金融機関コード	×××	支店コード	×××
金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
預金種目	普通	口座番号	1234567

記載内容を訂正する場合は必ず二重線を引き訂正印を押してください。