様式第３号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 　　　　　年　　月　　日宇土市長　様　申請者　　住所　宇土市　　　　　　町　　　　番地　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(携帯：　　　　　　　　　　　　　　　　　)**子ども医療費助成申請書**　下記のとおり子ども医療費の助成を申請します。 |
| （対象児）申請者の記入欄 | 氏名 | 生年月日 | 受給者証番号 |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 　　　年　　月　　日 | 　 |
| 保険証の記号番号 | 保険証の被保険者氏名 | 保険証の保険者の名称 |
| 記号　　　番号 | 　 | 　 |
| 同じ世帯で医療費の一部負担金を２１，０００円以上支払われた家族の有無 | 有・無 |
| 同月に同一世帯で７０歳から７４歳までの方の医療機関での診療の有無 | 有・無 |
| 災害共済給付制度 | 対象・対象外 | 災害共済給付の申請の有無 | 有・無 |
| 医療機関等の記入欄 | 診療期間 | 　　　　　　年　　月分 | 入院期間 | ～ |
| 診療区分 | 入院・外来・歯科・調剤・その他・育成医療・養育医療・高額医療 | 診療日数 | 日 |
| 総点数 | 点　 | 一部負担金 | 円 |
| 上記のとおり、一部負担額を領収したことを証明します。　　　　　　年　　月　　日　医療機関コード　医療機関　　　所在地(調剤薬局)　 　名称　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 市処理欄 | 一部負担金 | 高額療養費 | 附加給付額 | 助成額 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |

(注)・申請は、診療を受けた日の属する月の末日から起算して１年以内となっています。

・申請書は１つの医療機関ごとに、１月につき１枚です。レシートでの受付はできません。

・申請書の「医療機関等の記入欄」に医療機関から証明を受けられる場合、証明手数料等を請求される場合があります。証明手数料については申請者の自己負担となり、子ども医療費助成の対象外となります。

　　　・他の給付制度等との二重受給が判明した場合は、支給済の助成金を返還していただくこととなります。