

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。					
申請者の記入欄 (対象児)	氏名	生年月日	受給者証番号		
	(フリガナ)	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 <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>					
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。