

消せるボールペンでの記入はしないでください。

記入例

領収書を医療機関ごと・月ごと・子どもごとに分け
各1枚申請書を提出してください。

就学前・小学生・中学生・高校生等

様式第6号(第6条関係)

子育て支援医療費助成申請書

嬉野市長 様

次のとおり子どもの医療費の助成を申請します。なお、助成額の決定に際して、嬉野市が被保険者及び家族の住民税課税台帳の閲覧をし、及び保険者に高額療養費の支給状況等を確認されることに同意します。

〔申請者記入欄〕

申請者	保護者氏名 (振込先名義人)	嬉野 太郎 (印) (※記名押印に代えて署名可)	申請日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	住所	嬉野市 塩田町・嬉野町 大字 馬場下甲1769番地	電話番号 (日中連絡先)	0954-66-9121
受診者	氏名	嬉野 花子	受診者区分 ○をつけてください。	○ 未 就 学
	生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日		小 学 生
	申請者との 続 柄	長女		中 学 生
	備 考			高 校 生 等

〔医療機関等記入欄(市処理欄)〕

受診者氏名		診 療 月	年 月 分 (入院がある場合は入院日数 日)
入 院	外 来		調 剤
	1 回目	2 回目	
保 険 診 療 総 点 数	領収書を医療機関ごと・月ごと・子どもごとに分け 左側の貼付欄にのり付けしてください。 (診療月の翌月から1年以内の領収書に限ります。)		点
公 費 負 担 点 数			点
保 険 診 療 一 部 負 担 金			円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額			
訪 問 看 護 利 用 料			
上記の一部負担額を受領しました。 年 月 日			
医療機関等所在地 名 称 氏 名 (印)			

〔市記入欄〕

	一部負担金額	高額療養費	付加給付額	給 付 決 定 額
保 険 診 療	円	円	円	自己負担額 円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	
備 考				

- 1 保険診療以外の医療費については助成できません。
 - 2 医療機関毎に1箇月分をまとめて翌月末日までに申請してください。
 - 3 初めて申請される際に、振込先金融口座登録届を提出してください。特に申出がない場合は、児童手当と同じ口座に振り込みます(公務員を除く。)
 - 4 振込先金融口座を変更される場合は、別途変更届を提出してください。
- ※注意 学校(日本スポーツ振興センター)の災害給付を受ける場合は医療費助成の申請はできません。

領収書の貼り付けの際は、この欄内にのり付けしてください。領収書の用紙が大きいもの(A5サイズ以上)は申請書の裏面上部に貼り付けてください。