様式第1号(第5条関係)

小児医療費助成申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 被保険者名 | 　 | 　 | ※市町村記入欄 |
| 平成　　年分の所得の合計額 | 円 |
| 保険の種類 | 1　国保　2　組合　3　政管4　日雇　5　船員　6　共済 | 被保険者証記号番号 | 　 | 控除額 | 雑損控除額 | 円 |
| 医療費控除額 | 円 |
| 小規模企業等掛金控除額 | 円 |
| 保険者名 | 符号 | 　 | 名称 | 　 | 障害者控除額 | 円 |
| 老年者・寡婦・寡夫・勤労学生控除額 | 円 |
| ふりがな小児の氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 児童手当法施行令第3条第1項による控除 | 円 |
| 控除額計 | 円 |
| 控除後の所得額 | 円 |
| 申請の種類 | 1　一般　2　歯科　3　薬剤　4　看護5　移送　6　補装具　7　その他 | 助成対象の可否 | 可・否 |
| 助成額の計算 | 自己負担額(入院時食事療養費を除く) | 円 |
| 高額療養費 | 円 |
| 入院・入院外の別 | 1　入院　2　入院外 | 附加給付等 | 円 |
| 控除額計 | 円 |
| 診療等を受けた期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | 差引助成額 | 円 |
| 附加給付の計算等 |
| 医療費総額 | 円 | 助成申請額 | 円 | 備考　1　番号のある欄には、該当する番号を○で囲んでください。　　　2　※印の欄には、記入しないでください。　　　3　受給者番号欄には、小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。　　　4　被保険者名の欄には、国民健康保険に加入している方は世帯主名を記入してください。　　　5　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書を添えてください。(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)　領収額(入院時の給食費を除きます。)(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 |
| 病院等の名称所在地 | 　 |
| 申請の理由 | 　 |
| 受領方法 | 振込 | 銀行　　　支店 | 通帳 | 1　普通2　当座 | 口座番号 | 　 |
| カタカナ口座名義 | 　 |
| 送金 | 　　　　　　　銀行　　　　　　　　支店 |
| 　上記のとおり、小児医療費の助成を申請します。年　　月　　日　　山北町長　　　　　殿住所　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印 |