

子ども医療費助成申請書

年 月 日

阿蘇市長 様

下記のとおり医療費の一部負担金を支払ったので、阿蘇市子ども医療費助成に関する条例施行規則第4条の規定により領収書を添えて申請します。

※太枠内をご記入ください。

申請者	住 所		子との続柄	
	氏 名	Ⓜ <small>※本人署名の場合は押印省略可</small>	電話番号	— —
子ども	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
	氏 名		受給者証番号	
学校、幼稚園及び保育園の管理下（通学・通園中を含む。）でのケガや疾病ですか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
第三者行為（交通事故等）による受診ですか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

(備考)

- ① 保険適用外の自費分・入院時食事代・高額療養費・付加給付金・公費負担は助成の対象となりません。助成後に高額療養費等の支給があった場合は、助成した医療費から該当分を返還いただきます。
- ② 医療機関助成の申請期間は診療月の翌月から1年以内です。(例：4月診療分は翌年の4月末まで申請可能)

【医療機関・保険薬局の記入欄】

診療年月	区分	診療期間	診療日数	総点数	一部負担金
年 月	入院	年 月 日～ 年 月 日		点	円
	外来	年 月 日～ 年 月 日		点	円
	調剤	年 月 日～ 年 月 日		点	円

上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。 [医科] 年 月 日 所在地 名称 Ⓜ	上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。 [調剤] 年 月 日 所在地 名称 Ⓜ
---	---

【市処理欄】

病院等の名称・所在地	別添領収書のとおり (計 枚)
<input type="checkbox"/> 入 院	枚 <input type="checkbox"/> 治療用装具 枚 (<input type="checkbox"/>作成指示書 <input type="checkbox"/>療養費支払通知)
<input type="checkbox"/> 外 来	枚 <input type="checkbox"/> 柔 整 枚
<input type="checkbox"/> 歯 科	枚 <input type="checkbox"/> そ の 他 枚
<input type="checkbox"/> 調 剤	枚 (備考)
高額療養費等支給明細 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円 支給決定額 円 (枚)

※他資格の有無 ひとり親 重心