

様式第1号(第3条関係)

一箇月ごとに ①医療機関別、 ②入院・入院外別、 ③総合病院の場合は診療科別に申請してください。 ☆領収書を添付する場合、のり付けをしないでください。	川越市子ども医療費支給申請書									
	(提出先) 川越市長					年 月 日				
	申請者					住所 川越市				
						氏名				
					電話番号					
次の領収書に記載の額について、川越市子ども医療費支給に関する条例第5条第1項の規定により、子ども医療費の支給を申請します。										
対象となることも	受給者番号				加入保険番号				※医療費区分	1 証明
	フリガナ				名称	健康保険組合 共済組合 国民健康保険 国民健康保険組合 全国健康保険協会 支部				2 領収証明書
	氏名									3 養育医療費
	生年月日	年	月	日	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名			4 自立支援医療		
支給申請額に関する他の助成の有無(各項目について有無のいずれかに○を付けてください。)		各健康保険組合等の高額療養費・附加給付による給付				交通事故等の第三者行為による給付				
		有 ・ 無				有 ・ 無				
		日本スポーツ振興センターの災害共済給付				他の医療助成制度による給付				
		有 ・ 無				有 ・ 無				

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

医療機関 記入欄	領 収 書										
	保険診療一部負担金 ¥ _____ (食事療養標準負担額を除く。)										
	診療年月		入院	入院外	診療実日数	医療機関コード					
	年	月									日
			1	2							
	保険診療総点数				他法分点数						点
	年		月	日	保険医療機関			所在地			
					様			名称			
	[印]										
注 1 上部領収書欄は、医療機関等が記入してください。 2 他法分点数欄には、公費分点数がある場合に再掲でその点数を記入してください。 3 点数で記入できない場合は、金額で記入してください。(この場合は、必ず円と記入してください。) 4 総合病院の場合は、診療科ごとに記入してください。(右上の診療科の欄に診療科名を記入してください。)											

※受付職員記入欄 医療費が21,000円以上の場合、いずれかに○	
<input type="checkbox"/>	支給決定通知書
<input type="checkbox"/>	不支給決定通知書
<input type="checkbox"/>	同意書
<input type="checkbox"/>	その他()
<input type="checkbox"/>	川越市国民健康保険加入者

※子ども政策課記入欄		確認者①	確認者②
保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金等	支給額
備考	NO.		

※欄は、記入しないでください。

(川越市子ども未来部 子ども政策課)