

様式第5号（第6条関係）

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

子ども医療費の助成を受けるため、袖ヶ浦市子ども医療費の助成に関する条例第7条第3項の規定により、助成金の交付を申請します。

申請者 (保護者)	フリガナ	
	氏名	(子どもとの続柄)
	住所	〒 袖ヶ浦市
	電話番号	(平日・日中の連絡先)

フリガナ		生年月日	年 月 日
子ども氏名 (受診者)			
受給者番号		住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
加入医療保険 <input type="checkbox"/> 変更なし	保険種別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 共済組合 5 その他	
	記号		番号
	保険者名		保険者番号
	被保険者名		認定年月日
助成金振込先 <input type="checkbox"/> 前回と同じ	銀行・金庫・組合・農協		支店・本店
	口座番号	口座名義 (カタカナ)	
確認事項	<input type="checkbox"/> 領収書について、同一の月に同一の医療機関にかかったもの全てを添付しており、月額上限の算定にこれより変更はありません。		

承諾書	
<p>1. 高額療養費について袖ヶ浦市が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を袖ヶ浦市へ返還すること。また、袖ヶ浦市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者の間で負担相当額について相殺すること。</p> <p>2. 家族療養費付加給付金を保険者から受領した場合は当該相当額を袖ヶ浦市へ返還すること。</p>	
上記項目について承諾します。	申請者氏名

※領収証書等で保険診療の内容確認ができない場合、医療機関等から次の保険医療機関・保険薬局証明欄で証明を受けてください。

保険医療機関・保険薬局証明欄

フリガナ 受診者名							
受給者番号							
通院日	医療費 総額 ①	社会保険 等負担額 ②	一部負担金 (① - ②) ③	食事療養費 標準負担額 ④	③のうち他 法公費負担 医療による 公費負担額	④のうち他 法公費負担 医療による 公費負担額	食事 回数
日	円	円	円		円		
入院期間 日から 日まで	円	円	円	円	円	円	回
証明手数料				円			
保険医療機関等 所在地 名称 代表者氏名		上記のとおり証明します。				年 月 日	
						印	