

ひとり親家庭等医療費等給付申請書

年 月 日

住 所

申 請 者

電話番号

※日中連絡の取れる電話番号をご記入願います。

ひとり親家庭等医療費等の助成を受けたいので、袖ヶ浦市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例第7条第3項の規定に基づき、次のとおり申請します。

ふりがな							性別	男 ・ 女
受診者名							生年月日	年 月 日
受給者番号								
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ							
加入医療保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 前回と同じ						
	保険者番号							
	保険種別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 共済組合 5 その他()						
	被保険者名							
	記号・番号	記号		番号				
	資格取得日	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		
	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当と同じ	口座番号		口座名義 (カタカナ)				

確認承諾書

ひとり親家庭等医療費等給付申請をするにあたり、下記の項目について、承諾します。

記

- 袖ヶ浦市が、助成金の算定に必要な私の世帯の所得状況及び市民税課税状況を確認すること。
- 高額療養費に関する調査、情報提供を袖ヶ浦市が受けること。
- 高額療養費の支給が該当となる場合
 保険者から高額療養費が未支給であるために、袖ヶ浦市が交付した助成金が過払いとなっている場合は、ア又はイに同意します。
 ア 私が保険者から高額療養費を受領するときは、袖ヶ浦市の過払い相当額を私が袖ヶ浦市に返還すること。
 イ 袖ヶ浦市が保険者から過払い相当額を直接受領する場合は、それにより私に高額療養費が支給されたことにすること。
- 家族療養附加給付金の支給が該当となる場合
 保険者から家族療養附加給付金が未支給であるために、袖ヶ浦市が交付した助成金が過払いとなっている場合は、私が保険者から家族療養費附加給付金を受領し、袖ヶ浦市の過払い相当額を私が袖ヶ浦市に返還すること。

氏名

- 注) 1 加入医療保険欄の記入については、被保険者証等の写しを添付することで省略できます。
 2 保険の自己負担分等が領収証で確認ができない場合は、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。

保険医療機関等証明欄

ふりがな 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	/	/
日	円	円	円	/	円	/	/
日	円	円	円	/	円	/	/
日	円	円	円	/	円	/	/
日	円	円	円	/	円	/	/
日	円	円	円	/	円	/	/
日	円	円	円	/	円	/	/
日	円	円	円	/	円	/	/
日	円	円	円	/	円	/	/
入院期間 日から 日まで (日)	円	円	円	円	円	円	食
保険医療機関等の名称・ 氏名・所在地		上記のとおり証明します。 年 月 日 印 ※必ず押印をお願いします。					