

子どもの医療費助成申請書(請求書)

年 月 日

吉野ヶ里町長 様

申請者(保護者) 住所

氏名

(対象者との続柄 )

電話

子どもの医療費助成を受けたいので、次のとおり申請(請求)します。

対象者 (子ども)	ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
就学前・小学生・中学生・高校生				

【医療機関等記入欄】

保 険 診 療 額 領 収 証 明				
年 月 診療分		入院・入院外		医科・歯科・調剤・その他
診療日数(回数)		保険診療総点数		領収額
計 日間(回)		点		円
内 訳 (再掲)				
入院期間及び診療日		保険診療総点数		領収額
入 院	①	日～ 日	点	円
	②	日～ 日	点	円
	③	日～ 日	点	円
入 院 外	1回目	日	点	円
	2回目	日	点	円
	3回目以降 計	3回目 診療日 日	点	円
上記の金額を領収しました。				
年 月 日				
(医療機関等)所在地				
名 称				
代 表 者				
電 話				

※一部負担金が21,000円を超えている場合、下記の同意をお願いします。

<p>同 意 書</p> <p>助成額の決定に際して、住民税課税台帳を閲覧すること及び保険者に高額療養費等の支給状況を確認することに同意します。</p> <p>氏名(被保険者)</p>
--

※①同意書は、子どもが加入している医療保険の被保険者が署名してください。

※②同意書に同意されない場合や、転入等により本町で所得及び市町村民税の課税状況が確認できない場合は、世帯全員の所得及び市町村民税課税状況を証明する書類を提出していただくことがあります。

子どもの医療費助成申請書(請求書)

診療を受けた日の属する月の翌月以降に提出してください

令和5年 2月 1日

吉野ヶ里町長 様

申請者(保護者) 住所 吉野ヶ里町吉田321番地2

氏名 吉野太郎 (対象者との続柄 父)

電話 0952-53-1111

事前に登録されている保護者が申請者になり

子どもの医療費助成を受けたいので、次のとおり申請(請求)します。

Table with columns: 対象者(子ども), ふりがな, 氏名, 性別, 生年月日, 学年. Includes handwritten name '吉野きらら' and circled '女' and '小学生'.

【医療機関等記入欄】

保険診療額領収証明

病院等が証明する欄です

Table with columns: 令和3年3月診療分, 入院・入院外, 医科・歯科・調剤・その他

Table with columns: 診療日数(回数), 保険診療総点数, 領収額. Includes handwritten '5' and '1,255'.

内訳(再掲)

Table with columns: 入院期間及び診療日, 保険診療総点数, 領収額. Includes handwritten '10', '12', '15' days.

上記の金額を領収しました。

令和5年 1月 31日

(医療機関等)所在地 福岡県●●市××町123番地

名称 □□病院

代表者 院長 ○ ○ △ △

電話 0123-45-6789

院之印 病

※一部負担金が21,000円を超えている場合、下記の同意をお願いします。

同意書

助成額の決定に際して、住民税課税台帳を閲覧すること及び保険者に高額療養費等の支給状況を確認することに同意します。

氏名(被保険者) 印

※①同意書は、子どもが加入している医療保険の被保険者が署名してください。

※②同意書に同意されない場合や、転入等により本町で所得及び市町村民税の課税状況が確認できない場合は、世帯全員の所得及び市町村民税課税状況を証明する書類を提出していただくことがあります。

証明欄は、受診日ごとの診療内容・保険診療総点数がわかる領収書を添付すれば省略することができます。領収書は受診日・受診者氏名が確認できるもの(のり付け)を添付してください。 ※ホッチキス・テープ不可