

様式第3号(第3条関係)

## 門川町子ども医療費助成申請書(請求書)

門川町長 殿

年 月 日

申請者住所

(保護者) 氏名

印

TEL

令和 年 月分医療費(入院・外来)の助成を受けたく申請(請求)いたします。

|         |  |  |                  |       |
|---------|--|--|------------------|-------|
| 診療を受けた者 | 氏名   | 注: 診察月の翌月の初日から申請することができます。<br>月ごとに申請書の提出が必要です。 |                  |       |
|         | 生年月日   | 申請する医療費  | 令和 年             | 月 診療分 |
| 振込口座    | 1. 児童手当と同じ口座を希望する。<br>2. 下記の口座を希望する。(通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください) |  |                  |       |
|         | 金融機関名  | 銀行・労金<br>信金・農協・漁協                              | 支店・営業部<br>本店・出張所 |       |
|         | 口座番号   | 口座名義(カタカナ)                                     |                  |       |

※注意事項 この申請書は、診療を受けた月の末日までの分をまとめて、翌月の10日までに医療機関等の証明を受けて提出してください。

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 令和 年 月分診療(調剤)報酬 (入院・外来)  |   |  |  |
| 診療報酬<br>請求点数   | 点 | 左記のとおり相違ないことを証明いたします。<br>年 月 日                                   |  |
| 診療報酬<br>一部負担金<br>受領額   | 円 | 医療機関等の<br>所在地<br>名称<br>氏名<br>印                                   |  |
| 調剤報酬<br>負担金受領額   | 円 | 左記のとおり相違ないことを証明いたします。<br>年 月 日<br>医療機関等の<br>所在地<br>名称<br>氏名<br>印 |  |
| ※ この欄は、お手数ですが医療機関及び調剤薬局等でご記入願います。<br>なお、特別室料、おむつ借料、容器料等の保険対象外の経費は控除してください。 |   |  |  |

|      |                       |               |           |           |       |
|------|-----------------------|---------------|-----------|-----------|-------|
| 審査   | 適                     | 年分所得額         | 父 円 (扶養人) | 母 円 (扶養人) | 審査印   |
|      | ・<br>否                | 所得制限額<br>課税世帯 | 円         | 円         |       |
| 助成内訳 | 一部負担金<br>合計額<br>(請求額) | 控除額 内訳        |           |           | 交付決定額 |
|      | 附加給付額等                | 控除(足切)額       | 控除額計      |           |       |
|      | 円                     | 円             | 円         | 円         |       |