様式第５号（第６条関係）

子どもの医療費助成金申請書

年　　月　　日

多久市長　　様

申請者　住　所

（受給者）　氏　名

次のとおり医療費の給付を受けたく申請します。なお、助成額の決定に際して、被保険者及び家族の住民税課税台帳閲覧と、保険者に高額療養費等の支給状況を確認されることに同意します。

（電話　　―　　―　　）

〔申請者記入欄〕

（ふりがな） 子どもの氏名		加入保険	被保険者氏名	
子どもの生年月日	年　月　日		記号番号	
続柄			保険者番号	

振込先金融機関	銀行　支店 農協　支所		口座番号	口座名義人
	ゆうちょ銀行	記号	番号	口座名義人

＊初回申請時以外は、振込先金融機関の記入は不要です。

〔医療機関等記入欄〕

領収書貼付箇所

保険診療額（領収）証明				
患者氏名		医療機関コード		
診療月	年　月分　（入院がある場合は、入院日数　日）			
	入院	入院外	歯科	調剤
保険診療総点数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保険診療一部負担額	円	円	円	円
自己負担額	円	円	円	
訪問看護利用料		円		

上記の金額を受領しました。

年　　月　　日

医療機関等所在地

名称

氏名　　印

〔市記入欄〕

給付決定額				
	一部負担金額	高額療養費	附加給付額	給付額
保険診療	円	円	円	
訪問看護利用料	円	円	円	円

注　意　１　保険診療以外の医療費については申請できません。

２　申請書は、診療の翌月以降に１ヶ月分まとめて提出してください。

３　申請の有効期限は支払日から１年以内です