【記載例】他の医療費助成を受けられる場合は、まずは、他の医療費助成から申請してください。

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　多久市〇町〇〇番地〇〇

（受給者）　氏　名　多久　親太郎（振込先口座名）

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　〇〇　―　〇〇　―　〇〇〇　）

〔申請者記入欄〕　※提出者の連絡先をご記載ください。

（ふりがな） 子どもの氏名	多久　子太郎	加入保険	被保険者氏名	多久　親太郎
子どもの生年月日	令和６年　３月　３日		記号番号	１２３４－５
続柄	子		保険者番号	１２３４７８５

※こどもの保険証から転記ください。

振込先金融機関	〇〇銀行　〇〇支店 農協　支所		口座番号	口座名義人
			１２３５７８	タク　オヤタロウ
	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〕

【留意】助成対象は、領収日から１年以内のものになりますので、ご留意ください。

【領収書の添付】

・月ごと・病院ごとに一枚ずつの申請書の提出になりますが、

添付の仕方が分からない場合は、貼らずにご持参ください。

（例）①：令和８年３月分多久病院の領収書が２枚と②：２月分の北多久薬局の領収書１枚の場合は、申請書が２枚必要になり、申請書の１枚目に領収書を①の２枚分を重ねて貼り、申請書の２枚目に②分を貼ります。

【領収書がない場合】医療機関にて証明を記載していただくようお願いします。

利					月

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