様式第５号（第５条関係）

こども医療費助成申請書

宇 土 市 長　様

平成　　年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名　　㊞

電　話　　－

(携帯:　　)

下記のとおりこども医療費の助成を申請します。

申請者の記入欄	対象児の氏名		対象児の生年月日	こども受給者証番号
	(ふりがな)		平成　　年　　月　　日	
	保険証の記号番号		保険証の被保険者氏名	保険証の保険者の名称
	記号　　番号			
	同じ世帯で医療費の一部負担金を21,000円以上支払われた家族の有無			有・無

医療機関等の記入欄	診療期間	平成　　年　　月分	入院期間	～
	診療区分	入院・外来・歯科・調剤・その他 育成医療・養育医療・高額医療	診療日数	日
	総点数	点	一部負担金	円

上記のとおり，一部負担額を領収したことを証明します。

平成　　年　　月　　日

医療機関コード

医療機関　　所在地

(調剤薬局)　　名　称

氏　名　　㊞

市処理欄	一部負担金	高額療養費	附加給付額	自己負担額	助成額
	円	円	円	円	円

(注)
- 申請は，診療を受けた日の属する月の末日から起算して１年以内となっています。
- 申請書は１つの医療機関の１月につき１枚です。レシートでの受付はできません。
- 申請時には，印鑑をご持参ください。
- 申請書の「医療機関等の記入欄」に医療機関から証明を受けられる場合，証明手数料等を請求される場合があります。証明手数料については申請者の自己負担となり，こども医療費助成の対象外となります。