

子ども医療費助成金給付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 佐 倉 市 長

住 所
保護者（申請者）氏 名
電 話
子どもとの続柄 （ ）

子ども医療費助成金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ					生年月日			
子ども氏名					平成 令和	年 月 日		
住 所	1 保護者と同じ 2 その他 ()							
付加給付	1 なし 2 あり 自己負担限度額 円							
申請者の 振込先	金融機関名		支店名等		口座 種別	口座番号（7ケタ）		
	番号		番号		普 通			
	名称	銀行 信用金庫 農協	名称	本店 支店 出張所				
	口座名義 (カタカナ)		カタカナで記入してください。※保護者(申請者)名義の口座に限ります。					

申請に関する確認事項

確認内容に相違ない場合は、確認欄に「○」を記入してください。

確認内容		確認欄
領収書	受診年月日、医療機関名、受診者名、保険点数の記載がある。 → 診療が特定できない場合や保険適用金額が不明の場合は助成できません。	
	自己負担の割合が20%または30%になっている。 → 100%の場合は先に健康保険組合等で自己負担額の精算が必要です。	
他制度 利用	【高額療養費】 保険診療費の自己負担額が2万1千円以上ではない。 かつ受給者の家族も同月中に2万1千円以上となる支払いはない。 → 高額療養費が支給される場合は、その給付決定通知が必要です。	
	【その他の医療費助成制度】 併用している医療費助成制度はない。 → 育成医療、小児慢性特定疾病医療支援事業等、他の制度を利用している場合はその医療券の写しが必要です。	
月額 上限	1か月分すべての領収書（受給券を使用したものを含む）がそろっている。 → 月額上限（同一医療機関において、同月入院11日以降、通院6回以降は無料）の適用を受ける場合は、1か月分すべての領収書が必要です。	

資格確認書等の写しを添付できない場合は、以下の保険情報を記入してください。

【健康保険の種類】 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 共済 ☐ 国保組合 ☐ その他

【被 保 険 者 名】 _____（続柄： _____）