

子ども医療費助成金給付申請書

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					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		名称					
口座名義(カタカナ) ※上記保護者名義の口座に限る		カタカナで記入してください						

■申請に関する確認事項

確認内容に相違ない場合、申告欄に「○」をつけてください。

状況別	確認内容	申告欄
領収書	受診年月日、医療機関名、受診者名の記載がある。領収印が押されている。 →診療が特定できない場合、助成できません。	
	保険診療費(保険点数)の記載がある。 →保険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、かつ同月中に受給者の家族も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、健康保険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。 →特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業、自立支援医療(育成医療)等、他の制度を利用している場合は、当該制度の医療券の写しが必要です。	
月額上限 ※令和5年8月診療分～	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(同一医療機関で同月の通院6回以降、入院11日以降は自己負担額無料)の適用を受ける場合、1か月分すべての領収書をそろえ、翌月以降に申請してください。	

受付窓口	本庁・健セ・西部・南部 その他 ( )
------	------------------------