

子ども医療費助成（償還払い）申請書【記入例】

様式第7号

子ども医療費助成金給付申請書

【保護者】
給付金の受取人となるかた
※振込口座の名義人

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

住所 **佐倉市海隣寺町97番地**
保護者（申請者）氏名 **佐倉 大樹**
電話 **043-484-1111**
子どもとの続柄（ **父** ）

【付加給付】
加入している健康保険組合等（健康保険証の発行者）に、独自で行う医療費助成制度（付加給付）がある場合は、「2あり」に○をつけてください。付加給付が支給される場合は、その額を差し引いた分を助成額とします。

※付加給付は、運営財源に余力がある一部の健康保険のみが実施しています。基本部分のみを給付する佐倉市国民健康保険や全国健康保険協会にはこのような制度はありません。

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	サクラ ミチヒロ	生年月日								
子ども氏名	佐倉 満開		平成 28 年	4月	2 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 名称 佐倉市銀行	番号 名称 海隣寺町支店	普通	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義 ※上記保護者名義の口座に限る	カタカナで記載してください（申請者と同名義に限る） サクラ ヒロキ								

【申請者の振込先】
給付金は、金融機関への振込みとなります。
振込口座は、本申請の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、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。	○

【申請に関する確認事項】
申請書を提出する前に、受診の状況別に確認をお願いします。
相違ない場合は、「申告欄」に○を記載してください。

書類が全て整っている場合、申請書を受け付けた日の翌月末が助成給付金支給予定日となります。