様式第3号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入例

|  |
| --- |
| 子ども医療費助成申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日をご記入ください令和　**○**　年　**○**　月　**○**　日　　　　珠洲市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　資格証登録の際の保護者の住所・氏名をご記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　申請者　 住所　珠洲市　○○町○字○○番地　　　　　氏名　　　珠洲　　太郎　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※自著の場合押印は不要です。医療費の助成を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。 |
| 登録番号 | 　 | 加入保険 | 被保険者氏名 | 　 |
| 子 ど も | 氏名 | 　　珠洲　　花子 | 保険証記号番号 | 　 |
| 生年月日 | 令和　**△**年　**△**月　**△**日 | 保険者名 | 　 |
| 保護者氏名 | 　　 珠洲　　太郎 |
|  　 処理欄 |
| 　 | 一部負担金合計 | 控除額の内訳 | 助成決定額 | 診療月と入院は日数を記入 | 備考 |
| 附加給付額 | 条例負担金 | 計 |
| 通院 | 県補助 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |  | 　 |
| 市補助 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
| 入院 | 県補助 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |  | 　 |
| 市補助 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
| 助成決定額合計 | 円 | 　 | 　 |
| 　処理上の注意・同月に入院・通院があつた場合は、入院の一部負担金から条例負担金を控除する。・備考には育成医療・未熟児養育医療費などの公費負担医療、高額療養費、所得制限者など記入する。 |

　　　　　 で囲まれた部分をご記入ください　　　　領収書合計枚数　　連絡先電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**○○**　枚　　　　　（0768）8○-○○○○