様式第3号

|  |
| --- |
| 子ども医療費助成申請書　　 年　 　月　　 日　　　　珠洲市長　　　申請者　 住所　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　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 |   | 保険証記号番号 | 　 |
| 生年月日 | 　年 　月　 日 | 保険者名 | 　 |
| 保護者氏名 |   |
|  　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 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。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　領収書合計枚数　　連絡先電話番号

　　　 　　　　　　　　　　枚