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