

天草市子ども医療費助成補助金申請書(市外住民)

申請日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

天草市長 _____ 様

住所 _____
 申請者 氏名 _____
 (保護者) 電話 _____

子ども医療費助成金の支給を下記のとおり申請します。

なお、この医療費について、他市町村の子ども医療費助成制度へ重複申請は行っておりません。

子どもの情報	氏名	
	生年月日	年 ____ 月 ____ 日
	住所	

保護者の情報	氏名	
	生年月日	年 ____ 月 ____ 日
	住所	

保険証の情報	保険者名											
	保険者コード	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
	記号											
番号												

※振込先の情報	銀行名	銀行 金庫 農協 組合
	支店名	支店
	口座番号	
	名義	

※振込先の情報については、通帳またはキャッシュカードのコピーがあれば記入省略可

市記入欄					
資格者情報確認	支払日		課長	係長	係
年 ____ 月 ____ 日	年 ____ 月 ____ 日				
			処理欄		

(注) 灰色の欄は記入しないで下さい。

領収書を提出できない場合は、医療機関に以下の情報を記入していただき、市に提出してください。

医療機関記入欄	診療年月	年	月	分	日	
	診療区分	1 入院 ・ 2 入院外 ・ 3 歯科 ・ 4 調剤 ・ 5 その他				
	一部負担額				医療費	円
	レセプト点数				高額療養費	円
	上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。				附加給付額	円
					公費負担額	円
					市助成額	円
	年 月 日					
	※医療機関コード					
	医療機関の所在地 医療機関の名称 開設者氏名					
印						
処理欄						

(備考)

- 1 申請は、治療を受けた翌月から1年以内に申請してください。1年を過ぎると無効になります。
- 2 申請の際には、医療機関より医療機関記入欄に証明してもらうか、又はレセプト点数及び一部負担額が記載されている医療機関の領収書(以下「領収書」という。)を添付してください。
- 3 一部負担額欄には、保険適用外の金額は含めないでください。
- 4 領収書を添付する場合は、複数枚の領収書に係る申請を一括して申請することができます。

天草市子ども医療費助成補助金申請書(市外住民)

記入例

申請日 令和〇年〇月〇日

天草市長 様

住所 天草市東浜町8番1号

申請者 氏名 協会 太郎
(保護者)

電話 090-1234-5678

子ども医療費助成金の支給を下記のとおり申請します。

なお、この医療費について、他市町村の子ども医療費助成制度へ重複申請は行っておりません。

子どもの情報	氏名	協会 花子
	生年月日	平成15年5月1日
	住所	熊本市中央区〇〇〇〇

保護者の情報	氏名	協会 太郎
	生年月日	昭和50年5月1日
	住所	天草市東浜町8番1号

保険証の情報	保険者名	全国健康保険協会 〇〇支部
	保険者コード	0 1 0 1 0 0 1 6
	記号	21700023
	番号	21

※振込先の情報	銀行名	銀行 金庫 農協 組合
	支店名	支店
	口座番号	
	名義	

※振込先の情報については、通帳またはキャッシュカードのコピーがあれば記入省略可

市記入欄					
資格者情報確認	支払日	課長	係長	係	
年 月 日	年 月 日				
		処理欄			

(注) 灰色の欄は記入しないで下さい。