

様式第4号(第9条関係)

| | | | | | | |
|---|----------------|----------------|------------------------|----------------|-----------------|--------|
| 入院 | 外来 | 乳児 | 幼児 | 小学生 | 中学生 | |
| こども医療費(償還払)助成申請兼請求書 富山県中新川郡立山町長 様 令和 年 月 日 申請・請求及び 依頼者(保護者) 氏名 (住所) (連絡先TEL) | | | | | | |
| 次のとおり助成金を申請します。 また、交付決定された助成金を申請します。なお、下記の口座に振り込んでください。 | | | | | | |
| 保護者 記入欄 | 受給資格証 記号番号 | | 加入保険 | 被保険者証 記号・番号 | | |
| | 氏名 | | | 保険種別 | 国保・協会・組合・その他() | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | 保険者番号 及び名称 | | |
| 年 月分 保険診療領収証明書(入院・通院) | | | | | | |
| こども氏名 | | | 診療日数 | 日間 | | |
| 保険診療合計点数 (食事療養費除く) | | 点 | 医療保険等負担点数 (食事療養費除く) | 点 | 他法による 公費負担額 | |
| 申請者からの領収額 (食事療養費を除く) | | 円 | 左記金額には保険診療以外は含まれていません。 | | | |
| 上記のとおり領収したことを証明します。 医療機関等の所在地及び名称 開設者氏名 | | | | | | |
| ※ 助成 内訳 | 保険診療合計金額 | 控 除 額 | | | | 交付決定額 |
| | 円 | 保険等負担分 円 | 他法公費負担分 円 | 一部負担金 円 | 附加給付分 円 | 計 円 |
| 振 込 先 | 口座振替 指定金融機関 | 銀行 金庫 農協 | | | 支店 出張所 | |
| | 指定口座 | 1 普通 2 当座 | 口座番号(右づめで記入) | | | |
| | フリガナ | | | | | |
| | 口座名義(保護者のもの) | | | | | |
| (注) 1. この用紙は、病院等に診療金額いったん支払い、その後で町から助成を受ける場合に使います。 2. 病院等でもらった領収書(太枠の欄に準じた項目が記載されたもの。)を添付してください。 ただし、領収書を紛失した場合等は、病院等で太枠欄に記載してもらってください。(なお、病院等での記載に際し、別に費用がかかることがありますので事前に確認してください。) 3. 申請は、入院・通院の別に行ってください。 4. 保護者が病院等に支払った金額から、一部負担金や他法による公費負担額、保険者等からの附加給付額等を控除した額が助成対象になります。 5. ※欄は、町で記入します。 6. 様式の区分中、小学生は、条例第2条第4項に規定するもののうち、12歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者、中学生は、12歳に達する日以後の最初の4月1日から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。 | | | | | | |

保護者記入欄

保護者記入欄