

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