様式第4号（第4条関係）

|  |
| --- |
| 子ども医療費助成申請書（兼請求書） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　長洲町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者(請求者) | 住所　玉名郡長洲町大字　　　　 |
| 氏名　　　　　　　　　　　印 |

下記の一部負担金を支払いましたので、この支払額に係る医療費を支給されたく申請します。なお、一部負担金が高額療養費に該当する場合は、世帯全員の所得及び市町村民税課税状況の調査並びに保険者に対し高額療養費の支給状況を確認することに同意します。 |
| 申請者記入欄 | 受給者番　号 |  | 加入保険 | 記号番号 |  |
| 子ども氏　名 |  | 保険者名 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日　 |
| 医療機関等の記入欄 | 【診療月】：　　　　　年　　　月 |
| 医療機関 | 入院 | 日　数 | 総点数 | 定率一部負担金(医療機関受領分) | 円 |
| (総医療費) |
| 日 | 点 |
| 　　　円 |
| 通院 | 日　数 | 総点数 | 定率一部負担金(医療機関受領分) | 円 |
| (総医療費) |
| 日 | 点 |
| 　　　円 |
| 上記のとおり一部負担金を受領しました。　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　所在地 　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　 　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　印 |
| 調　剤　薬　局 | 調剤 | 日 数 | 総点数 | 定率一部負担金 | 円 |
| 日 | 点 |
| 上記のとおり一部負担金を受領しました。 | 処方医療機関 |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　所在地　　　　　　　名　称　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　印 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 町記入分 | 総医療費 | 一部負担金 | 高額療養費 | 付加給付 | 町助成額 |
|  | ① | ② | ③ | ④＝①－(②－③) |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |