様式第５号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町村 | 業務 | 対象者番号 | 診療月 | 医療機関番号 | 科目 | 入外 | 種別 | 被保 | 継続 | 計算 | 事由 | 診療年月日 |
| **2** | **0** | **1** | **3** | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  | **5** | **0** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **2** |  |  | **1** | **1** | **5** | **0** |  |  |  |  |  |

太枠の中のみ記入してください

|  |
| --- |
| **子ども医療費助成申請書** |
| 福井市長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　受給者　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者）　ふりがな　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(※)本人が手書きしない場合は記名押印してください。下記のとおり医療費助成の申請をします。 |
| 受診者 | 対象者番号 | **３** |  |  |  |  |  |  | 医療保険 | 種別 | １国保　２退職　３国組　４協会５日雇　６組合　７船員　８共済 |
| ふりがな氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 領収証明書　(　　　　　　年　　　月分) 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 入院・外来区分 | １　入院　　２　外来 | 入院時食事療養費標準負担額 |  |
| 保険診療総点数 |  | 点 | 日分 |
| 保険診療一部負担金 |  | 円 | 円 |
| 住所医療機関等　名称氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）(受信者)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(※)本人(代表者)が手書きしない場合は記名押印してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 |

(注) ① 上記申請書欄は受給者(受給者であった者を含む)が記入してください。
② 点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。
③ 領収証明書に記載がない場合は、一部負担金を支払った旨を証する書類(保険診療分が明示された領収書等)
　 を提出してください。
④ 診療を受けた月の翌月から起算して１年以内に子ども福祉課へ提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総医療費 | 本人負担 | 附加給付 | 高額療養費 | 他負担 | 助成額 | 現償 | 食事療養費 | 支給月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **０** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 算出基礎 |  | 日数 | 受給者負担額 |
| 　　　　　　　　　　円（助成額）－　　　　円（自己負担金）＝　　　　　円　食費療養費　＠４６０円（課税）×　　回　　＠２１０円（非課税）×　　回　□　病院に子どもの名前確認済み　□　事務手数料あり（フセン貼付）□　育成医療　□　弱視用メガネ・補装具　　　　□　領収書返却希望（フセン貼付）□　小児慢性 |  | 受付 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 確認 | 就学 | 未就学 |
| 家族合算 | 有・無 |