

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
201	32		5					2			11	5

太わく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
	ふりがな			5 日雇	6 組合	7 船員	8 共済
	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 _____ (※)

(受診者) (※)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 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 <input type="checkbox"/> 病院に子どもの名前確認済み <input type="checkbox"/> 事務手数料あり(フセン貼付) <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 弱視用メガネ・補装具 <input type="checkbox"/> 領収書返却希望(フセン貼付) <input type="checkbox"/> 小児慢性	受付	日数	受給者負担額
	確認		
		就学児	未就学児
		家族合算の有無	あり

