

様式第5号(第5条関係)

市町村	業務	対象者番号	診療年月	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		50					2			11	50

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年以内にこども政策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	食事療養費	日数

算出基礎

食事療養費 @490円(課税) × 回 @230円(非課税) × 回		受付
☐ 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)	確認
☐ 弱視用メガネ・補装具	☐ 領収書返却希望(フセン貼付)	