

子ども医療費助成申請書						年	月	日
川俣町長						申請者 住所 川俣町 氏名		
下記のとおりに子ども医療費の助成金の交付を申請いたします。						印		
資格者証 記号・番号	川 俣	子 ど も	氏 名			1 入 院		◎ 受給資格者記入欄
			生年月日	年 月 日		2 通 院		
◎自己負担金の合計額が21,000円以上の場合は、次の質問にお答えください。 1 お子さんと同じ保険証に加入している方に○をつけてください。(お子さんからみて) 父 母 兄 姉 弟 妹 祖父 祖母 その他() 2 1のうちお子さんが診療を受けた月に、同じ保険証に加入の方で21,000円以上の診療を受けた方 (お子さんを含む同一保険加入の方)がいて、その合計額が自己負担額を超えていますか。 該当する方に○をつけてください。 はい 「はい」の方は「高額療養費支給決定通知書」等を添付してください。 いいえ 「いいえ」の方は下記の「高額療養費支給に関する申立書」に記入して下さい 高額療養費支給に関する申立書 本件は高額療養費に該当しないことを申し立てます。 年 月 日 受給資格者氏名								

保 険 診 療 証 明 書								◎ 医療機関記入欄
年 月 診療分				診療科				
医療の給付		保険診療合計点数		点	薬 剤 一 部 負 担 金 額 ①		円	
					負担金領収額(①を除く) ②		円	
食事の療 養	食事提供回数(a)		回	入院時食事療養費定額負担日額(b)	円	入院時食事療養費定額負担月額[(a)×(b)] ③	円	
公費負担医療費等		育成 養育 精神		特疾 その他()				
合 計 受 領 金 額 ①+②+③				円				
上記の一部負担金を受領したことを証明します。 年 月 日 所在地 保険医療機関 名称 保 険 薬 局 氏 名								

この欄は記入しないでください。

他方分(合計点数)	世帯合計額	高額療養費支給額	付加給付額	助成決定額
点				
長期高額疾病医療				
有 ・ 無				