|  |  |
| --- | --- |
| 様式第3号（第9条関係）　**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　　　　　　　　　　　 　　㊞　　　　　　　　下記のとおり子ども医療費の助成金の交付を申請いたします。 | ◎受給資格者記入欄 |
| 資格者証記号・番号 | 川 俣 | 子ど　　　も | 氏 名 |  | １．入　院 |
|  | 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保険薬局　　　名　称氏　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 |

（裏面）

**申　請　上　の　注　意**

1　高額療養費（高額医療費）について

自己負担金の合計額が２１，０００円以上で自己負担限度額を超えたときに、

その超えた分が保険者から支給されます。

平成２６年１２月診療分まで

|  |
| --- |
| 自己負担額（受診者を含む同一保険加入の月額合計） |
| 上位所得者（標準報酬月額53万円以上） | 150,000円＋（医療費－500,000円）×1% |
| 一般 | 80,100円＋（医療費－267,000円）×1% |
| 町民税非課税世帯 | 35,400円 |

平成２７年１月診療分から

|  |
| --- |
| 自己負担額（受診者を含む同一保険加入の月額合計） |
| 上位所得者（標準報酬月額83万円以上の方） | 252,600円+（医療費－842,000円）×1％ |
| 上位所得者（標準報酬月額53万～79万円の方） | 167,400円+（医療費－558,000円）×1％ |
| 一般（標準報酬月額28万～50万円の方） | 80,100円+（医療費－267,000円）×1％ |
| 一般（標準報酬月額26万円以下の方） | 57,600円 |
| 町民税非課税世帯（被保険者が市区町村民税の非課税者等） | 35,400円 |

2　入院時食事療養費は、高額療養費の算出には含まれません。

1. 偽りその他不正の申し立てによって助成を受けた場合は、当該助成額の金額又は一部の返

還を命ずることとなります。