|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。