

### 子ども医療費助成金支給申請書

鹿屋市長		様		年 月 日	
申請者住所	鹿屋市				
申請者氏名 (保護者)			連絡先電話番号 (自宅・携帯)		
受給資格者証番号			加入医療保険	被保険者氏名	
対象者	フリガナ			記号・番号	
	氏名			保険者名	
	生年月日	年 月 日			
他の世帯員 の受診状況	氏名		病院	支払金額	円
	氏名		病院	支払金額	円
高額療養費支給回数			回		

注 助成金は、受給資格登録時に振込依頼のあった預金口座に振り込みます。

#### 医療機関等の証明

診療年 月	年 月分				
保険診療 総点	入院	点	保険診療による 一部負担金	入院	円
	外来	点		外来	円
うち他法制度による負担分(精神・結核等)		点	診療科目	1入院 2外来 3歯科 4調剤 5その他 6訪問看護	
証明手数料の徴収	有 ( 円 ) ・ 無		※通信欄	記入者	
医療コード	年 月 日 所在地		印		
	名称				
	医療機関等 開設者 氏名				

#### 高額療養費支給額算定

A	B	C	D
医療機関等への支払額	家族療養付加金	家族高額療養費	一部負担金の額 A - ( B + C )
円	円	円	円
上記被保険者等の 年度市民税における課税状況は下記のとおりである。 1 市民税の非課税又は免除されている者である。 2 市民税の課税されている者である。 (ただし、地方税法第328条の規定によって課する所得割を除く。) 担当者 印			支給決定額
			円

領収書控(医療機関保管用)

年 月 日

子ども医療費助成金支給申請書証明手数料 円を

受領しました。

患者氏名 様

診療月 年 月

領収書控(申請者保管用)

年 月 日

子ども医療費助成金支給申請書証明手数料

円を受領しました。

患者氏名 様( 年 月)

医療機関名

印