

様式第6号(第6条関係)

<p style="font-size: 1.2em;">子ども医療費助成申請書</p>									
魚沼市教育委員会 様					令和 年 月 日				
下記のとおりに医療費の助成を申請します。					申請者 住所 魚沼市 (受給者) 氏名 電話番号				
受給者証番号									
受給者氏名		保険者名							
受療者氏名		記号・番号							
個人番号		被保険者氏名							
振込指定機関		銀行名	支店名	口座番号	普通	フリガナ氏名			
※	他法負担額	一部負担額		決定額					

- (注) 1 ※印欄は記入しないこと。  
 2 助成申請額の算定方法等裏面参照

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----

(診療月 年 月分)		領 収 書	
外来	月の初回受診日の領収済額	円	当月分点数 点
	月の2回目受診日の領収済額	円	
	月の3回目受診日の領収済額	円	
	月の4回目受診日の領収済額	円	
入院	入退院年月日	. . ~ . .	当月分点数 点
	再入退院年月日	. . ~ . .	
訪問看護	利用日数	日	当月分療養費 円
他法負担 の有無	障害者総合支援法・特定疾患治療研究事業・		公費分点数 点
	児童福祉法・その他( )		患者負担額(公費分) 円
上記のとおり領収しました。		所在地	
年 月 日		医療機関等 名称	
様		氏 名	

- ※ 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書(領収書)が必要です。  
 ※ 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入は省略することができます。

## 注意事項

### 1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額を控除した額が申請額となります。

### 2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

- |                             |    |
|-----------------------------|----|
| (例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合 | 1枚 |
| (2) 外来と入院の場合                | 2枚 |
| (3) 外来と入院、再入院の場合            | 2枚 |
| (4) 外来と入院と訪問看護の場合           | 3枚 |

### 3 不明の点は、市の担当窓口へおたずね下さい。