

子育て支援医療費助成金請求書

保護者記入欄	小児氏名	小児生年月日	受診時年齢	保険種別	加入している社会保険の名称
		年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 身延町国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> その他	
医療機関の証明 ※点数のわかる領収書がない場合は、療養を受けた月の翌月10日以降に、医療機関等で記入及び証明を受けて下さい。					
医療機関記入欄	診療報酬請求点数 年 月分 点	医療費自己負担額 3割 2割 その他() 円	実診療日数 日間	(医療機関等) 所在地 名称	年 月 日
	入院・入院外等の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 治療材料 <input type="checkbox"/> その他()			代表者名	Ⓜ
医療機関以外の証明					
家族訪問看護療養費 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日 負 担 金 円 × 回 = 円			その他の療養費 負担額 円		
(訪問看護事業者) 所在地 名称・代表者 Ⓜ			上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 (保険者) Ⓜ		
町記入欄	A 療養に要した額	円	E 高額療養費	円	
	B 保険者負担額	円	F 付加給付額	円	
	C 公費負担額	円	I 助成額(D-E-F)	円	
	D 本人負担額(A-B-C)	円			
保護者記入欄	上記のとおり支給されるよう請求します。 年 月 日		金融機関名	銀行・信金・組合・農協	
	身延町長 様		本・支店名	支店	
	身延町		口座の種類	1 普通 2 当座	
	TEL		口座番号		
	(保護者氏名) Ⓜ		ふりがな		
			口座名義		

※ 領収書を添付してください。

※ 療養の給付等を受けた日の属する月の翌月の10日から起算して2年を経過したものは、助成できません。