

# 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 ※点数の分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	医療費自己負担額 円	実診療日数 日間	(医療機関等) 所在地	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( )	3割 2割 その他( )		名称	
	入院時食事療養費 (標準負担額 円) 期 間 : 年 月 日 から 年 月 日 ( 日間) 総 額 : 円 うち 一部負担金 円			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			(訪問看護事業者) 所 在 地 名称・代表者 ㊞		
町記入欄	A 療養に要した額	円	E 本人負担額(A+B-C-D)	円	
	B 入院時食事療養費	円	F 高額療養費	円	
	C 保険者負担額	円	G 付加給付額	円	
	D 公費負担額	円	H 助成額(E-F-G)	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。