様式第３号(第９条関係)

|  |
| --- |
| こども医療費助成金請求書　　　　　　甲斐市長　　様　次のとおり支給されるよう請求します。 |
| 請求年月日 | 年　　月　　日 |
| 請求者記入欄 | 請求者(保護者) | 氏　名 |  | 住　所 |  | 連絡先（平日の日中に連絡可能な番号） | 　　　- 　　- |
| こども | （ふりがな）氏　名 |  | 生年月日 | 年　　 月 　　日 | 住　所 | （※保護者と同住所の場合記載不要） |
| 振込先（普通口座に限る） | 金融機関名 | 支店名 | 口座番号 | 口座名義人（カタカナ） |
| 銀行金庫信組農協 | 金融機関コード | 支店支所 | 支店コード |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 　 |
| 医療機関等記入欄 | 年　　 月分　　　　 | 入院時食事療養分 | 　 | 　医療機関等の証明　左記の通り相違ないことを証明する。年　　月　　日　　　住　所　名称　代表者　　　　　　　　　　　　　　 |
| 食事回数 | 　 | 　 | 　 | 回 |
| 　 |
| 区分 | □入院外　 □歯科　 □調剤□入院 （　　　日）□その他(　　　　) | 標準負担額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |
| 　 |
| 総費用 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |
| 　 |
| 公費負担 |  |
| 有(　　　　　円)・無 |
| 保険医療費総額 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |
| 　 | 　 |
| 保険内負担額 |  |  |  | 窓口負担 | □2割　　□3割　□その他（　　） |
|  |  |  |  |  |  |  | 円 |
|  |  |  |
| 　 |
| 市町村記入欄 | 保険医療費総額 | 円　…(A) | 付加給付額(高額療養費) | 円　…(D) |
| 保険者負担額 | 円　…(B) | 入院食事負担額 | 円　…(E) |
| 法定一部負担額(A)－(B) | 円　…(C) | 公費負担額 | 円　…(F) |
| １　医療機関等記入欄の記入または原則的に領収書（原本）を添付をお願いします２　この助成制度より、他の保険制度が優先されますので、付加給付・高額医療費等を受けられた場合は、申請時に支給決定通知書を添付してください。 | 支給決定額(C)－(D)＋(E)－(F) | 　円　　　  |