

様式第5号（第8条）

ひとり親家庭等医療費等助成申請書

年 月 日

八街市長 北村 新司 様

住所
申請者 氏名 (印)
電話 ()

次のとおり医療費等の助成を受けたいので、八街市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例5条第1項の規定により、申請します。

| | | | | | | | |
|-------------|-----------|--------------|--------------|--|---------|---------------|-----|
| 受 診 者 | 氏名 | | | | 申請者との続柄 | | |
| | 住所 | | | | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| | 加入医療保険の種類 | 政・組・船 共・国 | 記号番号 保険者名 | | 本人・家族の別 | 本人 ・ 家族 | |

* 下欄太線内に保険医療機関又は保険薬局の証明を受けてください。
ただし、領収書の添付により診療内容・調剤の給付の内容が確認できる場合は証明の必要はありません。

| | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|-----------|
| *該当に○印を | | | |
| 診療・調剤報酬証明書（入院・通院・調剤）つけてください。 | | | |
| 医 療 機 関 ・ 保 険 薬 局 | 診療・調剤月 | 年 月分 | 診療報酬総点数 点 |
| | 公費負担額 | 有 (円) ・無 | 調剤報酬総点数 点 |
| | 入院延日数 | 日 | 証明手数料 円 |
| | 入院時食事療養費 本人負担額 | 円 (円 × 日) | |
| | 保険医療機関又は 保険薬局の名称・ 氏名・所在地 | 上記のとおり証明します。 (取扱者印) | |

| | | | | | |
|--------|-------------|-------|-------|-------|-----------------|
| 審 査 | 自己負担額 | 附加 | 一部負担額 | 証明手数料 | 助成交付額 E |
| | A | 給付額等B | C | D | A - (B + C) + D |
| 査 | 医 食 薬 | 有 | | | |
| | 合計 | 無 | 円 | 円 | 円 |

注 審査項目については、記入しないで下さい。

～ 受診される方へ～

《医療機関にかかったら》

- 1 医療機関の窓口では、請求された医療にかかった額を支払ってください。
↓
- 2 申請書に記入押印し、領収書と一緒に、子育て支援課の窓口へ提出してください。
受診者別に、月ごと、医療機関ごと、診療科目ごと、また、入院、通院、調剤別に申請してください。

※ ただし、領収書により、診療・調剤の給付の内容が確認できない（診療報酬点数等の記載がない）場合は、申請書を医療機関に提出し、前月1ヶ月分の医療にかかった額の証明を受けてから申請してください。

↓

医療機関での証明は

受診の翌月の10日過ぎに、申請書を医療機関に提出し、前月1ヶ月分の医療にかかった額の証明を受けてください。

その際には、受診者別に、月ごと、医療機関ごと、診療科目ごと、また、入院、通院、調剤別に証明を受けてください。

（なお、証明手数料を徴収される場合があります。）

※ご注意下さい

総合病院等の病院によっては、診療科目（内科、外科等）が別々でも診療報酬明細が一緒になる場合があります。

この場合、合計金額での助成となりますので、一つの科目が千円未満の場合でも対象となります。

平成23年8月診療分より、同じ病院同じ月で複数の科目で診療している場合には、千円未満の領収書でも助成対象となる場合がありますので申請を行ってください。

<お願い>

1. 交通事故などの第三者の行為によって生じた病気やけがで診療を受けるときは、すみやかにその旨を八街市子育て支援課窓口へ届け出てください。（証明を受ける前に子育て支援課に問い合わせをしてください。）
2. 受給の資格がなくなったとき（他市町村への転出を含む。）は、すみやかに八街市役所子育て支援課窓口へ届け出てください。
3. この申請書は、他人に譲渡し又は担保に供してはいけません。
4. 偽りその他不正の行為により助成を受けたときは、助成した額の全額又は一部を返還してもらいます。
5. 申請期限は医療費を支払った月の翌月の1日から2年以内となります。申請期限を過ぎた領収書は助成対象外となります。