様式第4号(第4条関係)

　　年　　月分すこやか子ども医療費助成申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (保護者が記入する) | 受給番号 |  | 被保険者氏名  (国保は世帯主名) |  | 附加給付金の支給状況 | | 有・無 |
| 被保険者証記号・番号 |  | 子ども氏名 |  | 男・女 | 年　月　日生 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (太い枠内は医師の証明をもらって下さい) | 診療月 | 月 | 区分 | 入院 | | 通院 | | | | 歯科 | | 薬剤 |
| (A)  医療費総額 | 円 | 給付金額  (保険者負担金) | | (A)×0.8(就学前)  (A)×0.7(就学後)  円 | | | | 一部負担金 | | (A)×0.2(就学前)  (A)×0.3(就学後)  円 | |
| ※ただし入院の場合食事費用は除いて記入して下さい。  　上記のとおり相違ありません。  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 医療機関又は調剤薬局名 | | | | | | | 住所  氏名　　　　　　　　　　印 | | | | |
| (保護者が記入する) | 上記のとおり療養を受けましたので、助成金を申請します。  　山江村長　　　　様  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 申請者(保護者) | 住所　山江村大字  氏名　　　　　　　　　　印 | | | | |

　　注1　翌月15日までに、印鑑持参の上必ず提出して下さい！(数ヶ月まとめないこと)

　　　2　保護者が記入をする欄には必ず記入をお願いします。

　　　3　診療を受けた日の属する月の末日から起算して、6ヶ月を経過した日以降の申請は無効です。