

第6号様式(第14条第3項関係)

白井市子ども医療費助成金給付申請書

年 月 日

(宛先)白井市長

申請者 (保護者)	住 所	〒	
	電 話	—	—
	氏 名		
			子どもとの続柄

子ども医療費助成金の給付を受けたいので、下記の注意事項確認の上、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、助成金の算定に必要な医療費の点数や高額療養費及び附加給付金の支給状況等を白井市が保険者及び医療機関に照会することを承諾します。

なお、高額療養費及び附加給付金について白井市が過払いとなっている場合は、過払い相当額を白井市に支払うか、白井市が代わって相当額を保険者に請求し受領することを承諾します。

記

子ども	受給者番号								
	住 所	〒 —							
	フリガナ						生年月日		
	氏 名						年 月 日		
申 請 理 由	1 未委託機関診療		3 受給券未着						
	2 県外診療		4 その他()						
高 額 療 養 費	1 支給なし		2 支給あり(円 年 月分)						
附 加 給 付 金	1 支給なし		2 支給あり(円 年 月分)						
	自己負担限度額		円		円未満切捨て				
備 考									

注意事項

- ※1. 保育園や学校等での傷病疾病等は日本スポーツ振興センターの災害共済給付が適用される場合があり、適用される医療費は子ども医療では助成対象外です。まずは保育園や学校等にご確認ください。
- ※2. 確定申告で医療費控除済の領収書は申請できません。
- ※3. 保険外診療は助成対象外です。
- ※4. 高額療養費や附加給付金が支給される場合、その額を除いて助成します。
- ※5. 未熟児養育医療、育成医療等の公費医療制度が適用される場合は、それらの制度が優先適用されます。(優先適用される公費医療制度に自己負担金がある場合はその額を申請することができます。)