

子育て支援子ども医療費助成(申請・決定)書

増毛町長 様

次のとおり医療費の助成を申請します。なお、助成額の決定に際して、被保険者及び家族の住民税基本台帳および課税台帳閲覧と保険者に高額療養費等の支給状況等を確認されることに同意します。

〔申請者記入欄〕

申請者	保護者氏名		申請日	年 月 日
			電話番号 (日中連絡用)	
	住所	増毛郡増毛町		
受診者	氏名		/	
	生年月日	年 月 日		
	続柄			

〔町処理欄〕 ※申請者は記入しないでください。

受診者氏名		診療月	年 月～ 年 月分 (入院がある場合は入院日数 日)	
	入院	入院外	歯科	調剤
保険診療 一部負担金①	円	円	円	円
食事療養費 標準負担額②	円	/		円
訪問看護 利用料③	/		円	/
助成額	助成決定額 医療費(①+②+③) 高額療養費等(他制度負担・R6.3診療までの初診時負担金) 円= 円- 円			
助成の可否	本申請を(受理・却下)し、上記助成額にて助成を(決定・却下)する。			

- 1 保険診療以外の医療費については助成できません。
- 2 500円未満の端数は切り捨てとなり、次回以降申請分への繰り越しにはなりません。
- 3 高額療養費や他制度で給付が行われる場合は申し出てください。
- 4 増毛町税等の滞納者に対する特別措置に関する条例第4条に規定する特定滞納者には助成できません。

※後日確認された場合は、助成相当額を返還頂くこととなります。

助成は増毛町商工会共通商品券にて行われ、申請者住所へ簡易書留にて郵送されます。

受付	課長	課長補佐	係長	係	特定滞納の有無