

別記様式第6号の3(第6条関係)

<p>子ども医療費助成申請書(「療養の支給」「一部負担金」の助成用)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>聖籠町長 様</p> <p style="text-align: center;">住所 聖籠町大字 申請者 氏名 印 電話番号</p> <p>下記のとおり金 円の医療費の助成を申請します。</p>					
受給者証番号		保険者名			
受給者氏名		記号・番号			
受療者氏名		被保険者氏名			
振込指定機関		銀行 支店	口座番号		口座名義人
他法負担金	一部負担額		決定額		

- (注) 1 印は記入しないこと。
- 2 「療養費の支給」による助成申請の場合は、保険者からの支給を証する書類を添付して申請すること。
- 3 「一部負担金」の助成申請の場合は、その事由を証する書類を添付して申請すること。

注意事項

1 助成申請額の計算方法

(1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額及び保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

ア 外来の場合は月の初回から4回目まで受診日ごとに 円(その日の自己負担額が 円に満たないときは当該額)を控除した額が申請額となります。

イ 入院の場合は入院した1日につき 円を控除した額が申請額となります。

ウ 訪問看護の場合は利用した1日につき 円で計算した額を控除した額が申請額となります。

なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があつた場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

(例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合	1枚
(2) 外来と入院の場合	2枚
(3) 外来と入院、再入院の場合	2枚
(4) 外来と入院と訪問看護の場合	3枚

3 不明の点は、聖籠町へお尋ねください。