第3号様式

|  |
| --- |
| 乳幼児及び子ども医療費助成申請書令和　　　年　　　月　　　日　　浅川町長　様住所　　浅川町大字　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印電話　　　 ―　　　 ―　　　　　　　　　　　 |
| 受給者証記号・番号 | 　 | 乳幼児・子どもの氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 入院・通院 |
| 同月入院有(本人,家族)無 |

|  |
| --- |
| 保険診療証明書　　　　　年　　　月診療分 |
| 　 | 保険診療点数　 | 受領金額 | 　 |
| 合計 | 食事療養費以外 | 食事提供回数 | 合計 | 食事療養費以外 | 食事療養費分 |
| 点 | 点 | 回 | 円 | 円 | 円 |
| 　　　令和　　　年　　　月　　　日所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |
| --- |
| 高額療養費支給に関する申立書　下記のとおり申し立てます。　　　　　　年　　　月　　　日申立者氏名　　　　　　　　　　　　　　印　浅川町長　　　　様(注意　食事療養費は「病院等で支払った一部負担金等」に含めないこと。) |
| 療養を受けた者の氏名 | 療養を受けた病院診療所等 | 病院等で支払った一部負担金等 | 世帯合算額から控除する額 | 高額療養費支給決定額 | 摘要 |
| 　 | 　 | 円 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合計 | 　 | 　 | 円 | 円 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給年月日 | 支給額 | 受給者 |
| 　 | 　 | 住所 | 氏名 | 印 |

高額な一部負担金には，次のものが該当します。

　1　あなた又はあなたの世帯員が，医療機関の窓口で支払った一部負担金の額が21,000円以上のもの

　2　あなたの子供が，育成医療等の給付を受けた際に，保険給付以外の負担額が21,000円以上で，費用徴収分として病院に支払ったもの