

共通記入例

記入ポイント

ポイント①

振込先口座は、保護者(父母等)名義の口座としてください。

保護者以外の方にする場合は、委任状が必要です。

ポイント②

入院・外来・治療用装具のいずれかにチェックを入れてください。

ポイント③

給付金等の有無について、それぞれどちらかにチェックを入れてください。

子ども福祉医療費支給申請書

(宛先) 秋田市長

R3年 1月 10日

申請者 (保護者)	氏名 秋田 市朗	住所 〒 010-0000 秋田市山王一丁目1番1号
受給者氏名 秋田 花子	受給者 生年月日 R2 4 15	電話番号 (090-0000-0000)
振込先 山王	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協	市役所 <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 普通
口座名義人 (カタカナで記入)	アキタ シロウ	店番 1 2 3 口座番号 0 1 2 3 4 5 6
診療区分について、いずれか該当する箇所に✓し、必要書類(写し)を添付してください。		
<input type="checkbox"/> 入院 ①医療機関等の領収書 ②「限度額適用認定証」又は「保険給付(不)支給決定通知書」等	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 ①医療機関等の領収書	<input type="checkbox"/> 治療用装具 ①装具の領収書 ②医師の作成指示書(診断書) ③保険給付支給決定通知書等
給付金等について、「有」か「無」のどちらかに✓し、必要書類(写し)を添付してください。		
付加給付金(家族療養費等) <input type="checkbox"/> 有 ①保険給付金支給決定通知書等、支給額がわかる書類	<input checked="" type="checkbox"/> 無	過去1年以内に高額療養費の支給が4回以上 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
公費負担医療等、他の医療費助成の利用 <input type="checkbox"/> 有 ①他公費の医療受給者証 ②上限月額管理表	<input checked="" type="checkbox"/> 無	同意欄 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉医療費の返還金がある場合、今回の支給決定額から充当されることに同意します。

子総	領収書	受付者	確認者	子総	受付番号
西部	北部	南部	野東		
河辺	この欄は記入しないでください				
※					
処					
理					
欄					
(診療 1: 1 6: 2 10: 3 (申請 1 3 5 6: その他 ()					

※印欄は記入しないでください。