

子ども福祉医療費支給申請書

(宛先) 秋 田 市 長

年 月 日

申請者 (保護者)	氏名	住所 〒 -			
		電話番号 (- -)			
受給者氏名		受給者 生年月日			
振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	普通	
口座名義人 (カタカナで記入)		店番	:	口座番号	:
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 type="checkbox"/> 外来 ①医療機関等の領収書		<input type="checkbox"/> 治療用器具 ①器具の領収書 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			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 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			同意欄 <input 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。		

※ 処 理 欄	子総 西部・北部・南部・駅東 河辺・雄和		領収書	受付者	確認者	子総	受付番号
			枚				-
	住 民 番 号		受給者番号		制 度 番 号		自己負担
					7 4 ・ 8 0		有 ・ 無
	保険証	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり → <input type="checkbox"/> 保変依頼済		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保			
	医療費総額		法定給付額	高額療養費	付加給付額	支給決定額	
	円		円	円	円	円	
	(診療区分)						
	1 : 一般 2 : 更生医療 3 : 訪問看護 4 : 育成医療 5 : はり・きゅう 6 : あんま・マッサージ 7 : 治療材料等 8 : 療養介護医療 9 : 特定疾患 10 : 精神通院 11 : その他						
	(申請区分)						
1 : 受給資格が遡及されたため 2 : 県外診療のため 3 : 受給者証を持参しなかったため 4 : 公費一部負担金のため 5 : 現物給付が受けられないため 6 : その他 ()							

※印欄は記入しないでください。