様式第１号（第３条関係）

申請日　　　　　年　　月　　日

母子・父子等医療費助成金申請(請求)書

　都城市長　宛て

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者番号 | | | | | | | | | | | | 住所　都城市 |
|  | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話　(　　　)　　　― |

　　　　　　年　　月分母子・父子等医療費助成金の交付を受けたく申請(請求)します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 氏名 | 受給者 生年月日 | 受給者 個人番号 | | | | | | | | | | | |
|  | 年　　月　　日生 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者 個人番号 | | | | | | | | | | | |
|  | □情報照会  □被保険者等であることが  確認できる書類 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　(注意)　下記太枠の中を保険診療分についてのみ、医療機関及び調剤薬局で記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【　　年　　月分】　診療報酬及び薬剤明細(1　入院　　2　外来　　3　歯科)  　　　　　　　　　　診療科(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 診療実日数 | 保険診療点数 | 一部負担金 | 薬剤一部負担金 | 合計受領額 |
| 日 | 点 | 円 | 円 | 円 |
| 上記の金額を受領したことを証明します。  年　　月　　日　　　　　名称  医療機関等の氏名　　　　　　　　　　　　印  電話 | | | | |
| 【　　年　　月分】　調剤報酬明細 | | | | |
| 薬剤投与日数 | 保険調剤点数 | 一部負担金 | 薬剤一部負担金 | 合計受領額 |
| 日 | 点 | 円 | 円 | 円 |
| 上記の金額を受領したことを証明します。  年　　月　　日　　　　　名称  調剤薬局等の氏名　　　　　　　　　　　　印  電話 | | | | |
| ＊この太枠内の内容について訂正した場合には、医療機関及び調剤薬局において訂正押印をお願いします。 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成内容 | 世帯区分 | 助成回数 | 一部負担金 | 高額療養費 | 付加給付 | 控除額 | 交付決定額 |
| 課税  非課税 | 回 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

　　付加給付は　　　　　　　　　円以上　　　　　　　　円未満切捨・付加給付なし