

受付番号NO. _____

| | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 | 0 | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|

子ども医療費支給申請書(一部自己負担額償還申請書・子ども標準負担額助成申請書)及び口座振替依頼書

_____年 _____月 _____日

守口市長 殿

住所 守口市 _____

申請者 氏名 _____

(保護者) 電話 (_____) 続柄(_____)

次のとおり子ども医療費の支給を保険証・明細書・領収書を添えて申請しますので、口座振替によって支払ってください。
 なお、支給の決定に際し、医療機関・保険者・他の公費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。

| | | | | | |
|--------------|-------------|-----------------------|---|-------|-------------|
| 受診者 (子ども) | フリガナ _____ | 生年月日 | | | |
| | 氏名 _____ | _____年 _____月 _____日生 | | | |
| 助成申請額 | _____円 | 預金種目 | 該当するものを選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 | | |
| | | | 普通 | 当座 | 貯蓄 |
| 口座振替先 | 守口市会計管理者 殿 | | | | |
| | 振込先 _____ | 銀行・信用金庫・信用組合 _____ | | | 支店出張所 _____ |
| | フリガナ _____ | _____ | | | |
| | 口座名義人 _____ | 口座番号 _____ | | _____ | |

※ この申請書は1医療機関1ヶ月分の診療につき1枚提出してください。

※ 申請者と口座名義は同一人となるように記入してください。

守口市処理欄

以下は、守口市で記入しますので、記入しないでください。

| | | | | | |
|----------------------|---|-------|-------|-------|---------|
| 申請理由 | 1. 府外受診 2. 医療証未提示 3. 補装具 4. 2,500円超 5. 食事療養費 6. その他 | | | | |
| 医療の種類 | 1. 入院 2. 入院外(医科・歯科・調剤) 3. 補装具 4. 他() | | | | |
| 診療期間 | _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日 (日) | | | | |
| 医療費総額 | 給付割合 | 自己負担額 | 附加給付金 | 高額療養費 | 一部自己負担額 |
| 円 | 2・3割 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 備考 | | | 確認 | 入力 | 支給決定額 |
| 一部自己負担額 1日 円+2日 円= 円 | | | | | |
| 460円× | 食= | 円 | 160円× | 食= | 円 |
| 260円× | 食= | 円 | 100円× | 食= | 円 |
| 210円× | 食= | 円 | | | 円 |

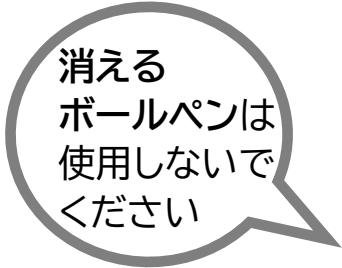
記入例

| | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|
| 受給者番号 | 0 | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|

子ども医療費支給申請書(一部自己負担額償還申請書・子ども標準負担額助成申請書)及び口座振替依頼書

令和 元 年 〇 月 〇 日

守口市長 殿



住所 守口市京阪本通 2-5-5

申請者 氏名 守口 太郎

(保護者) 電話 (〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇) 続柄(父)

次のとおり子ども医療費の支給を保険証・明細書・領収書を添えて申請しますので、口座振替によって支払ってください。
 なお、支給の決定に際し、医療機関・保険者・他の公費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。

| | | | | | | |
|--------------|------------|----------|----|---------------------|---|-----------------------------|
| 受診者 (子ども) | フリガナ | モリグチ ハナコ | | 生年月日 | | |
| | 氏名 | 守口 花子 | | 平成・令和 30 年 3 月 1 日生 | | |
| 助成申請額 | 1,800 | | | 預金種別 | 該当するものを選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 | |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 当座 |
| 口座振替 | 守口市会計管理者 殿 | | | | | |
| | 振込先 | 〇〇〇 | 銀行 | 信用金庫・信用組合 | 〇〇〇 | 支店 出張所 |
| | フリガナ | モリグチ タロウ | | 口座番号 | 〇〇〇〇〇〇〇 | |
| | 口座名義人 | 守口 太郎 | | | | |

助成申請額は、わからない場合、記入不要です。

※ この申請書は1医療機関1ヶ月分の診療につき1枚提出してください。

※ 申請者と口座名義は同一人となるように記入してください。

守口市処理欄

以下は、守口市で記入しますので、記入しないでください。

| | | | | | | | | | | |
|----|------------|----|---|-------|------|----|---|----|----|-------|
| 備考 | 一部自己負担額 1日 | | | | 円+2日 | 円= | 円 | 確認 | 入力 | 支給決定額 |
| | 460× | 食= | 円 | 160円× | 食= | 円 | 円 | | | |
| | 260× | 食= | 円 | 100円× | 食= | 円 | | | | 円 |
| | 210× | 食= | 円 | | | | | | | |

以下、記入不要です。