小児医療助成費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | ふりがな被保険者名 |  |
| 保険の種類 | １　国保　　２　組合　　３　政管４　日雇　　５　船員　　６　共済 | 被保険者証記号番号 |  |
| 保険者名 | 符号 |  | 名称 |  |
| ふりがな小児の氏名 |  | 生年月日 | 　　　 年　 月　 日 |
| 申請の種類 | １　一般　　２　歯科　　３　薬剤　　４　看護　　５　移送６　補装具　７　その他 |
| 入院・入院外の別 | １　入院　　２　入院外 |
| 診療等を受けた期間 | 　 年　 月　 日　から　　　 年　 月　 日　まで |
| 医療費総額 | 円 | 助成申請額 | 円 |
| 病院等の名称所在地 |  |
| 申請の理由 |  |
| 支　払　い　方　法 | □ | 役場出納窓口 |
| □ | 金融機関振込 |
|  | 金融機関名 | 銀行・農協　　　　　支店・支所 |
| 口座の種類 | 　１　普通　　２　当座 |
| 口座番号 |  |
| 名義人 |  |
| 　上記のとおり、小児医療助成費の支給を申請します。令和　　年　　月　　日　　清川村長　殿住　所　　清川村　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　※村記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| Ａ　　　　年分の所得の合計額 | 円 |
| 控　　除　　額 | ①雑損控除額 | 円 |
| ②医療費控除額 | 円 |
| ③小規模企業等掛金控除額 | 円 |
| ④障害者控除額 | 円 |
| ⑤老年者・寡婦・寡夫・勤労学生控除額 | 円 |
| ⑥児童手当施行令第３条第１項による控除 | 円 |
| Ｂ　控除額合計（①＋②＋③＋④＋⑤＋⑥） | 円 |
| 控　除　後　の　所　得　額（Ａ－Ｂ） | 円 |
| 所得制限限度額 | 円 |
| 助成対象の可否 | 可　・　否 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　助成額の計算　 | Ａ　自己負担額（入院時食事療養費を除く） | 円 |
| 　①高額療養費 | 円 |
| 　②附加給付等　　附加給付の計算等 | 円 |
| Ｂ　控 除 額 計（①＋②） | 円 |
| 差引助成額（Ａ－Ｂ） | 円 |

　備考１　番号のある欄には、該当する番号を○で囲んでください。

　　　２　※印の欄には、記入しないでください。

　　　３　受給者番号欄には、乳幼児医療証の交付を受けている方のみ記入してください。

　　　４　被保険者名の欄には、国民健康保険に加入している方は世帯主名を記入してください。

　　　５　申請に当たっては、保険の療養費支給決定通知書又は次に掲げる項目を確認できる領収書を添えてください。

　　　　(１)　入院・入院外の別（入院の場合は入院日数）

　　　　(２)　受診者の氏名

　　　　(３)　領収額（入院食事療養費に係る標準負担額を除きます。）

　　　　(４)　保険診療点数

　　　　(５)　診療年月日

　　　　(６)　領収年月日

　　　　(７)　病院等の所在地、名称、領収印