

第 1 号様式（第 5 条関係）

小 児 医 療 費 助 成 申 請 書

受給者番号		被保険者名	
保 険 種 類	1国保 2国組 3協会 4組合 5日雇 6船員 7共済	被保険者証 記号番号	
保 険 者 名		保 険 者 番 号	
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 補 装 具 6 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			
振 込 先	金 融 機 関 名 ( 番 号 )	( ) 銀行・金庫 支店 農協・組合 ( ) 出張所 支所	
	預 金 の 種 類	1 普 通 2 当 座	口 座 番 号
	口 座 名 義 人 ( カ ナ )	( )	
<p>上記のとおり、小児医療費の助成を申請します。</p> <p>三浦市長</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 印</p> <p>電 話</p>			

\* 市 記 入 欄

年 分 の 所 得 の 合 計 額		円
控 除 額	雑 損 控 除 額	円
	医 療 費 控 除 額	円
	小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金 控 除 額	円
	障 害 者 控 除 額	円
	寡 婦 ・ 寡 夫 ・ 勤 労 学 生 控 除 額	円
	児 童 手 当 法 施 行 令 第 3 条 第 1 項 に 規 定 す る 控 除 額	円
控 除 額 計		円
控 除 後 の 所 得 額		円
助 成 対 象 の 可 否		可 ・ 否
助 成 額 の 計 算	自 己 負 担 額 ( 入 院 時 食 事 療 養 費 を 除 く )	円
	高 額 療 養 費	円
	附 加 給 付 等	円
	控 除 額 計	円
	差 引 助 成 額	円
附 加 給 付 の 計 算 等		

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、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 申請書を提出する際は、療養費又は家族療養費の支給を証する書類、領収書等を添付してください。