

子ども医療費助成金支給請求書

（あて先）甲州市長 下記のとおり請求します。

申請日	平成 年 月 日		
診療月	平成 年 月分 ～ 平成 年 月分		
子ども	フリガナ	生年月日	甲州市子ども医療費助成金受給資格者番号
	氏名	平成 年 月 日生	
保護者	氏名	電話番号 ()	
	住所		

医療機関等の証明

医療機関証明書（この欄は、診療をうけた月の翌月10日以後に医療機関等において証明を受けてください。）

診療年月	平成 年 月分	診療日	日
外来・入院の別等	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 薬剤	<input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 治療材料	<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他
窓口負担	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
診療報酬請求点数			点
他公費負担点数 (種別)			点
当月分の保険診療に 掛かる本人負担額			円
※金額の前に必ず¥を入れてください。			
入院期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 入院日数(日)		
<p>上記のとおり証明します</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関等 所在地 名称・代表者名 ㊟</p>			

※市記載欄

- 1 次のような事柄に変更があった場合には本庁子育て対策課又は各地域総合局市民福祉課まで届け出てください。
 - ア 保護者、子どもの氏名、住所の変更
 - イ 加入している医療保険の変更（被保険者証の写しを添付）
 - ウ 振込先金融機関・口座等の変更
- 2 領収明細書を添付して請求してください。
- 3 療養給付等を受けた日の属する月の翌月の初日から起算して2年以内に請求のない場合、助成金は支給できません。