

子ども医療費助成金支給請求書

(宛先)甲州市長 次のとおり請求します。

申請日	年 月 日		
診療月	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 受給者番号
	氏名	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	年 月分	実診療日数	日
外来・入院の別等	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院外	<input type="checkbox"/> 歯科
	<input type="checkbox"/> 薬剤	<input type="checkbox"/> 治療材料	<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
入院時食事療養費	()円×()回	一部負担金	円
入院期間	年 月 日～	年 月 日	入院日数(日)
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関等 所在地 名称・代表者			

※金額の前に必ず¥を入れてください。

※助成金決定額

- (注) ※欄は記入しないこと。
- 次のような事柄に変更があった場合には子育て・福祉推進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
 - 領収明細書を添付して請求してください。
 - 診療月の翌月から2年間が経過しても請求のない場合、助成金は支給できません。