

ひとり親家庭等児童福祉医療費支給申請書

(宛先) 秋 田 市 長

年 月 日

申請者 (保護者)	氏名	住所 〒 -		電話番号 (- -)	
受給者氏名		受給者 生年月日			
振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		普通
口座名義人 (カタカナで記入)		店番		口座番号	
診療区分について、いずれか該当する箇所に✓し、必要書類(写し)を添付してください。					
<input type="checkbox"/> 入院 ①医療機関等の領収書 ②「限度額適用認定証」又は「保険給付(不)支給決定通知書」等		<input type="checkbox"/> 外来 ①医療機関等の領収書		<input type="checkbox"/> 治療用器具 ①器具の領収書 ②医師の作成指示書(診断書) ③保険給付支給決定通知書等	
給付金等について、「有」か「無」のどちらかに✓し、必要書類(写し)を添付してください。					
付加給付金(家族療養費等) <input type="checkbox"/> 有 ①保険給付金支給決定通知書等、支給額がわかる書類			過去1年以内に高額療養費の支給が4回以上 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
日本スポーツ振興センターの学校災害共済給付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			公費負担医療等、他の医療費助成の利用 <input type="checkbox"/> 有 ①他公費の医療受給者証 ②上限月額管理表 <input type="checkbox"/> 無		
同意欄	<input type="checkbox"/> 福祉医療費の返還金がある場合、今回の支給決定額から充当されることに同意します。				

※ 処 理 欄	子福 西部・北部・南部・駅東 河辺・雄和	領収書 枚	受付者	確認者	子福	受付番号 -
	住 民 番 号	受給者番号	制 度 番 号		自己負担	
			7 5 ・ 7 6		有 ・ 無	
	保険証	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり → <input type="checkbox"/> 保変依頼済		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保		
	医療費総額	法定給付額	高額療養費	付加給付額	支給決定額	
	円	円	円	円	円	
	(診療区分) 1：一般 2：更生医療 3：訪問看護 4：育成医療 5：はり・きゅう 6：あんま・マッサージ 7：治療材料等 8：療養介護医療 9：特定疾患 10：精神通院 11：その他					
	(申請区分) 1：受給資格が遡及されたため 2：県外診療のため 3：受給者証を持参しなかったため 4：公費一部負担金のため 5：現物給付が受けられないため 6：その他 ()					

※印欄は記入しないでください。