

様式第5号（第9条関係）

市受付印
受付者

乳 乳幼児医療費助成支給申請書

（あて先） 国分寺市長

以下のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。なお、附加給付がある場合は申し出ます。支給額は、以下の口座に振り込んでください。また、この届出項目が、電子計算組織に記録されることを了承します。

年 月 日申請

乳 幼 児 医 療 証 の 記 載 内 容													
医療証 番号	負担者番号							受給者番号					
受診 対象者							乳幼児 生年月日	年 月 日					
医療証 の 保護者							住 所						
申 請 内 容													
申 請 種 類	1 一般		2 歯科		3 薬剤		4 看護						
	5 補装具		6 養育医療		7 小児慢性		8 その他（ ）						
入 院 ・ 入 院 外 の 別	1 入院			2 入院外									
申 請 の 理 由	1 都外の病院等での診療			4 小児慢性負担金									
	2 医療証を持っていなかった。			5 養育医療負担金									
	3 補装具の費用			6 その他（ ）									
添 付 書 類	1 領収書（ 枚）			4 医療券の写し（小児慢性の場合）									
	2 療養費決定通知書			5 養育医療納入領収書（養育医療の場合）									
	3 医師の診断書（補装具の場合）			6 その他（ ）									
必ず領収書原本を添付すること。													
振込先 □ 以前登録 した口座	金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 農協・信用組合					支 店 名	支 店 出張所					
	金融機関コード						支店コード						
	口 座 種 別	普通・当座・貯蓄		口座番号									
	口座名義人（医療証の保護者名義に限る。）						カタカナで記入してください。						
連絡先電話番号（振込不能等の場合に連絡できるところ。携帯可）							()						

（注意事項）

1. 領収書は、原則としてコピー不可とし、返却いたしません。ただし、保険診療外など医療費の助成ができないものが含まれている場合は、医療費を助成した旨がわかるように記入をした上、コピーをとり返却いたします。
2. 国分寺市の国民健康保険以外に加入している方で、高額療養費や附加給付がある場合は、給付額が確認できる書類を添えて申請してください。

確認事項 領収書（ ）枚 （社保・国保・共済）

支給決定通知書	<input type="checkbox"/> 有・無
入院等の場合	<input type="checkbox"/> 高額療養費 有・無 <input type="checkbox"/> 世帯合算 有・無 <input type="checkbox"/> 附加給付 有・無 <input type="checkbox"/> 同月内21,000円以上の診療 有・無
その他公費負担	<input type="checkbox"/> 養育医療 <input type="checkbox"/> 小児慢性疾患医療 <input type="checkbox"/> 難病医療 <input type="checkbox"/> 自立支援医療（育成医療・その他）
治療用眼鏡	<input type="checkbox"/> 前回作成 有・無 →処方年齢 5歳未満（1年経過）・5歳以上（2年経過）