

様式第3号
(表)

乳 幼 児 及 び 子 ども 医 療 費 助 成 申 請 書					
令和 年 月 日					
金山町長 様					
住 所					
(申請者)					
氏 名					
印					
受給資格証番号		子ども氏名		入通の別	入院・通院

保 険 診 療 証 明 書				
年 月診療分				
保 険 診 療 合 計 点 数	受 領 金 額			入 院 日 数
	合計	食事療養費以外	食事療養費標準負担額	
点	円	円	円	日
令和 年 月 日				
所在地				
(医療機関) 名 称				
氏 名				
印				

高 額 療 養 費 支 給 に 関 す る 申 立 書					
下記のとおり申し立てします。					
令和 年 月 日					
申立者氏名					
金山町長 様					
印					
(注意 食事療養費は、「病院で支払った一部負担金等」に含めないこと。)					
療養を受けた 者 の 氏 名	療養を受けた 病院、診療所等	病院等で支払った 一 部 負 担 金 等	世帯合計額から 控 除 す る 額	高 額 療 養 費 支 給 決 定 額	摘 要
		円			
		円			
		円			
合 計		円	円	円	

支給年月日	支 給 額	受 領 者		
		住 所	氏 名	印
	円			

(裏)

高額な一部負担金には、次のものが該当します。(世帯合算の基となる金額)

- 1 あなた又はあなたの世帯員が、医療機関の窓口で支払った一部負担金の額が30,000円以上のもの
(市町村民税非課税世帯の方は、21,000円以上のもの)
- 2 あなたのお子さんが、育成医療費等の給付を受けた際に、保険給付以外の負担額が30,000円以上で、費用徴収分として病院に支払ったもの。