

第4号様式（第5条関係）

（表）

鴨川市ひとり親家庭等医療費等助成申請書

年 月 日

（宛て）

鴨川市長

申請者 住所

氏名 ㊟

電話番号 （ ）

鴨川市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例第8条第3項の規定により、次のとおり医療費等の助成を申請します。

氏名			申請者との続柄		
住所			生年月日	年 月 日	
加入医療保険	名称			記号番号	
	本人・家族の別	☐ 本人 ☐ 家族			
振込先	銀行 支店				
	1 普通	口座番号			
	2 当座	名義人 (カタカナ)			

保険医療機関・保険薬局証明欄

診療・調剤報酬証明書（入院・通院・調剤） ※該当する項目に○印を付けてください。					
診療・調剤月	年 月 分	公費負担額	自己負担額 有 (点・ 円) ・無		
診療報酬総点数 点	調剤報酬総点数 点		保険診療分自己負担額 円		
入院時食事療養費標準負担額 円 (円× 食)		通院・入院・調剤 診療日数 日	証明手数料 円		
保険医療機関又は保険薬局の名称・氏名・所在地	上記のとおり証明します。 年 月 日 (取扱者 ㊟)				

市記入欄

医療費調剤費総額	自己負担額 A	付加給付額等 B	一部負担額 C	証明手数料 D	助成金支給額E $A - (B + C) + D$
円	円	円	円	円	円

(裏)

～医療機関・保険薬局の方へ～

受給者からこの申請書により証明を求められたときは、受給券を提示せずに支払った領収済みの自己負担金について、1か月分をまとめた保険請求点数の証明をしてください。

～受診される方へ～

【申請までの順序】

- 1 受給券を所持していない場合その他受給券を提示しないことについてやむを得ない理由がある場合は、医療機関等の窓口で請求された医療及び調剤にかかった額を支払ってください。
- 2 翌月、この申請書を医療機関等に提示し、前月1か月分の医療にかかった額のうち受給券を提示せずに支払ったものについて証明を受けてください。この際、証明手数料を請求される場合があります。
なお、医療機関等が発行する領収書により診療及び調剤の内容が確認できる場合は、医療機関等の証明は必要ありません。
- 3 この申請書を鴨川市子ども支援課に提出してください。

【お願い】

- 1 交通事故など第三者の行為によって生じた病気やけがで診療を受けるときは、速やかにその旨を鴨川市子ども支援課に届け出てください。
- 2 受給の資格がなくなったとき（他市町村への転出を含む。）は、速やかに鴨川市子ども支援課に届け出てください。
- 3 医療費等助成金を受給する権利は、他人に譲渡し、又は担保に供してはいけません。
- 4 偽りその他不正の行為により医療費等助成金を受給したときは、その額の全額又は一部の返還を求める場合があります。