

野田市ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 野田市長

申請者 住所
氏名

㊟

下記のとおり医療費等の給付を申請します。

氏名			申請者との続柄	
住所			生年月日	
加入医療 保険	名称		記号番号	
	本人・家族の別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		

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) ※該当に○印を付けてください				
診療(調剤)月	年 月分	公費負担額	有 (円) ・ 無	
保険総点数	入院 点	外来 点	調剤 点	
入院延日数	日	入院時食事療養費 及び生活療養費の 標準負担額	(円 × 日)	
一部負担額	円	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			

窓口記入欄

自己負担額 A		付加給付の 額等 B	標準負担額 C		証明手 数料 D	助成交付額 E A - (B + C) + D
医 食等 薬	円 円 円	有 無	円 円 円	計 円	円	円

確認者印

--

【医療機関・保険薬局等の方へ】

受給資格者からこの申請書により証明を求められたときは、1箇月分をまとめた保険請求点数等および窓口で徴収した保険適用分の一部負担金を証明してください。

なお、施術の場合は、保険適用分の総額及び自己負担額の証明をしてください。

証明手数料を徴収した場合は、証明手数料欄に金額を記載してください。

【受診される方へ】

【申請までの順序】

- 1 医療機関等の窓口で請求された医療にかかった額を支払ってください。
- 2 翌月以降2年以内に、この申請書に領収証を添付して、野田市役所児童家庭部児童家庭課または、支所及び各出張所の窓口提出してください。申請時に窓口職員に「野田市ひとり親家庭等医療費助成金」資格者証を提示してください。

医療機関から、この申請書に証明をしてもらう場合は、翌月10日過ぎに医療機関の窓口へ提示してください。なお、証明手数料を徴収される場合があります。

- 3 入院などの高額な医療費については高額療養費に該当する場合がありますので、別途手続きが必要になる場合があります。

【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、速やかにその旨を野田市役児童家庭部児童家庭課の窓口へ届け出てください。
- 2 受給資格がなくなったとき（他市町村への転出を含む。）は、速やかにその旨を野田市役児童家庭部児童家庭課の窓口へ届け出てください。
- 3 この申請書は、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助成を受けたときは、助成した額の全額又は一部を返還してもらいます。