

様式第6号(第6条関係)

子ども医療費助成申請書							
魚沼市教育委員会 様						年 月 日	
申請者 住所 魚沼市 氏名							
下記のとおり医療費の助成を申請します。							
受給者証番号				保険者名			
受給者氏名				記号・番号			
受療者氏名				被保険者氏名			
振込指定機関	銀行名		支店名		口座番号		氏名
※	他法負担額			一部負担額			決定額

(注) ※印欄は記入しないこと。  
助成申請額の算定方法等裏面参照。

(診療月 年 月分)				領 収 書				
外来	月の初回受診日の領収済額			円	当月分点数			点
	月の2回目受診日の領収済額			円				
	月の3回目受診日の領収済額			円				
	月の4回目受診日の領収済額			円				
入院	入退院年月日			・				
	再入退院年月日			・	・	～	・	
訪問看護	利用日数			日			当月分療養費	円
他法負担の有無	障害者総合支援法・特定疾患治療研究事業・児童福祉法・その他( )						公費分点数	点
							患者負担額(公費分)	
上記のとおり領収しました。							所在地	
年 月 日				医療機関等 名称				
様				氏名				

(注) 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書(領収書)が必要です。

## 注意事項

### 1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額を控除した額が申請額となります。

### 2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

- |                             |    |
|-----------------------------|----|
| (例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合 | 1枚 |
| (2) 外来と入院の場合                | 2枚 |
| (3) 外来と入院、再入院の場合            | 2枚 |
| (4) 外来と入院と訪問看護の場合           | 3枚 |

### 3 不明の点は、市の担当窓口へおたずね下さい。