第５号様式（第７条関係）

藤枝市こども医療費助成申請書

藤 枝 市 長　　宛

私は下記の同意事項に同意し、藤枝市こども医療費助成申請をします。

年　　月　　日

年　　月　～　　年　　月の　　ヶ月分

受診者	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	年　　月　　日
	氏名			
	住所	〒　　－ 藤枝市		
	受診時年齢	未就学児・小学生・中学生・高校生世代	学校等のケガ	有　・　無 **※有の場合は学校への申請となります。**
	1枚¥21,000以上領収書	有　・　無	公費負担医療適用	有　・　無 （育成・養育・特疾・小慢・精神・その他）
保護者	ﾌﾘｶﾞﾅ		連絡先	（父・母・自宅） －　　－ ※日中連絡可能な電話番号
	氏名			
	住所	〒　　－		
	振込先口座	振込先金融機関名：銀行・信金・農協・労金　本店・支店	口座種別：普通	口座番号（右づめ）：　　口座名義人（カタカナ）：
同意事項	※ 市が、こども医療費助成金の算定に用いるため、この申請に関し必要があるときは所得状況について公簿等により確認すること。 ※ 市が、医療機関及び保険者に対し必要な情報を調査すること。			

持ち物：領収書（原本）、こどもの被保険者等であることがわかるもの、
保護者様名義の通帳又はキャッシュカード、こども医療費受給者証

※別途必要書類が生じる場合があります。

※保険適用外（健診、文書料、予防接種等）は、助成対象となりません。

※藤枝市使用欄

	受付

保険証

口座

受付事務	
①　．４．２～　．４．１　生 こどもの領収書は　．３月受診分まで	
②受給者証コピー （有効期限の確認）	
③10割の領収書又は保険外含まれていないか	
④育成　自立支援医療受給者証（育成医療） 養育　納入通知書兼領収書 特疾　特定医療費（指定難病）受給者証 小慢　小児慢性特定疾病医療受給者証 精神　自立支援医療受給者証（精神通院） 補装具　支払決定通知書（原本） 領収書(コピー)・診断書(コピー)	

算定欄		
窓口負担額	高額療養費+自己負担	助成額

算定欄（限度額認定証使用）		
窓口負担額	自己負担額	助成額