

子どもの医療費助成申請書						区分	市90	
						年	月	日
長岡市長			様			住所		
			申請者			氏名		
			氏名					
下記のとおり金						円の医療費助成を申請します。		
なお、この申請に対する医療費助成金の受領に関する権限を長岡市長に委任します。								
受給者番号				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	農協銀行	支店	口座番号		氏名		
※他法負担額				一部負担金		決定額		

注1 ※印欄は記入しないでください。
2 助成申請額の算定方法等は、裏面を参照してください。

(診療月 年 月分)		領 収 書	
外 来 調 剤	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	
	月の5回目以降受診日の領収済額	円	
入 院	入退院年月日 . . ~ . .		当月分点数 点
	再入退院年月日 . . ~ . .		食事療養
	食事療養を受けた食数 食 (うち長期該当食数 食)		当月分負担額 円
訪問看護	利用日数	日	当月分療養費 円
他法負担の有無	障害者自立支援法・特定疾患治療研究事業 母子保健法・児童福祉法・その他 ()		公費分点数 点
			患者負担分(公費分) 円
上記のとおり領収しました。			
年 月 日		所在地	
		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、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

- (1) 外来の場合は月の初回から4回目まで受診日ごとに530円（その日の自己負担額が530円に満たないときは当該額）
- (2) 入院の場合は入院した1日につき1,200円で計算した額。
- (3) 訪問看護の場合は利用した1日につき250円で計算した額。

なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

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 不明な点は、長岡市福祉保健部福祉課へおたずねください。