

# ☆子ども医療費 助成申請書の書き方☆

下記の【記入例】を参考に必要事項（赤字の項目）を記入し、提出してください。

字は楷書で、ボールペンではっきり書いてください。（消せるボールペン鉛筆等は不可）

## 【記入例】

様式第1号（第4条関係）

子ども医療費 助成申請書

貝塚市長 様		令和 4年10月1日	
保護者の氏名を記入してください。		申請者 住所	大阪府貝塚市畠中1丁目17番1号
お子様の医療証を確認の上、記入をお願いします。		氏名	貝塚 太郎 (電話000-△△△△-□□□□)
のとおりに医療費の助成申請をいたします。支給決定額については、下記口座に振り込んでください。		医療保険欄は保険証の写しを提出して頂くことで記入不要です。	
医療費の支給に関し、課税状況等の確認が必要なとき		医療保険欄は保険証の写しを提出して頂くことで記入不要です。	
当年度（平成・令和） 年 月 日		令和4年1月診療分(補装具は意見書の月)	
受給者	公費負担者番号	86270097	医療保険 所在地 保険者番号
	受給者番号	00000000	
	氏名	貝塚 つげお	
	生年月日	令和4年1月1日	
申請内容	1. 府外診療	2. 補装具装着	振込 種別 口座番号 フリガナ 口座名義
	3. 一部負担金償還金	4. 医療証発行前受診(資格開始 年 月 日)	
診療内容	5. 医療証提示忘れ	6. その他( )	口座 種別 口座番号 フリガナ 口座名義
	1. 医科(入院)	6. 補装具(外来)	
	2. 医科(外来)	7. 柔整	
	3. 歯科	8. 鍼灸マッサージ	
	4. 調剤	9. 看護・移送	
5. 補装具(入院)	10. その他( )		
(医療機関記入欄)		この欄は、記入不要です。	
領収金額		円	
対象者		診療分 <負担割合 割>	
診療科名		科(入院/入院外) 年 月 日～ 日 ( )日間	
診療日	保険診療点数	公費負担(結核・精神等)	保険診療分患者負担金
	点	点	円
	点	点	円
	点	点	円
4日目以降計	点	点	円
年 月 日	医療機関等	所在地	名称

当てはまる項目に○をお願いします。

申請者(保護者)名義に限ります。

医療費総額 (保険適用分)	保険一部負担金 (A×負担割合)	高額療養費	家族療養附加金	公費負担医療 助成金(80を除く)	福祉医療 一部負担金	支給決定額 B-C-D-E-F
A	B	C	D	E	F	

※ここから下は、記入しないでください。