様式第６号（第８条関係）

京丹後市子育て支援医療費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | 年　　月　　日(　　歳) | | | | | | | | |
| 受診者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号  ・認定番号 | | | | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 加入している医療保険 | 保険種別 | | | | 国保・国保組合・協会けんぽ  健保組合・日雇・船員・共済 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 記号  ・  番号 | |  | | | | | | | |
| 資格取得年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | 世帯主氏名  (国保の方)  被保険者氏名・組合員氏名  (社保の方) | | | | | |  | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 保育所・認定こども園・学校名等 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受診月の学年 | | | | | 学年 | | |
| 負傷・疾病等の発生場所  ①か②のどちらかを囲んでください。 | | | | | | | ①**学校内**  ※保育所、認定こども園、小・中・高その他学校の管理下における事由によるもの | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ②**学校以外** | | | | | | |
| 婚姻の有無（中学校卒業までの方は記入不要） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　 ・ 無 | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　診療分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養を受けた医療機関等名 | | | | | | | | | | 入院・入院外等の別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※支給決定額(円) | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 入院・入院外・歯科・調剤・その他(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 入院・入院外・歯科・調剤・その他(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 入院・入院外・歯科・調剤・その他(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 入院・入院外・歯科・調剤・その他(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 入院・入院外・歯科・調剤・その他(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 振込先金融機関 | |  | | | | | | | | | | | | 本店  支店 | | | | | | | | | | 口座種別 | | | | 普通 ・ 当座 | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | |
| 口座番号 | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
| 口座名義  (保護者) | | | |  | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　年　　月　　日  保護者住所　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 番地  氏名　　　　　　　　　　　 　　　続柄（　 　）  　京丹後市長　様 (電話　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　受診者の氏名及び保険点数が記入されている領収書等(レシート可)を必ず添付してください。領収書等に

受診者の氏名及び保険点数の記入がない場合は、医療機関で書き足してもらってください。**大学生等は学生**

**証の写しを添付してください。**

※　保育所、認定こども園、小学校、中学校、高等学校その他学校の管理下における事由によるものとは、保育所、認定こども園、小学校、中学校、高等学校その他学校における保育中、授業中、通常の経路、方法による

通所(園)、通学中等における負傷、疾病をいいます。この①の場合は、保育所、認定こども園、学校等を通じ

て日本スポーツ振興センターに請求してください。原則として子育て支援医療費の支給対象にはなりません。

※　婚姻の有無については、事実婚の場合は年齢に関係なく“ 有 ”として下さい