

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)		
	保険者番号				被保険者氏名・組合員氏名 (社保の方)		
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