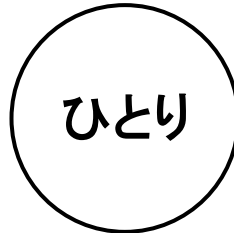


(記入例)



ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印してください。	
鹿沼市長 宛		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
受給資格者 (申請者)		住所	鹿沼市今宮町 1688-1 コーポかめま 101号
		氏名	鹿沼花子
		電話	080-1234-5678
受給者番号 (受給資格証番号)		1234	被保険者氏名 鹿沼花子
		加入保険	保険証記号番号 1234567 1234
受診者	氏名	鹿沼花子	番号 01090018 名称 △△健康保険組合〇〇支部
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無 (上記受診者と同じ保険に加入する家族で、今回提出する領収書の受診月に、1つの医療機関に2万1千円以上支払った人はいますか。)			<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無

医療機関等の窓口で医療費の保険診療分を支払った場合、この助成申請書に医療領収書(患者名、保険点数(あるいは保険分自己負担額)、負担割合等の記載のあるもの)を添付していただくか、医療機関の点数証明を受けて、子育て支援課へ提出してください。

提出した月の翌月末に助成金が振り込まれます。

鹿沼市ホームページから助成申請書をダウンロードすることができます。

○助成金の算出方法(1医療機関毎、1点10円の場合)

1か月の総医療点数×10×保険自己負担率=助成金(10円未満四捨五入)

※高額療養費や附加給付金が出る場合は、その金額を差し引いた額をお支払します。

※申請にあたっての注意事項※

- 医療機関の点数証明を受ける場合は、診療を受けた翌月の10日以降に、申請者記入欄に記入してから前月診療分の点数証明をもらってください。証明手数料は助成の対象とはなりません。
- 1か月の医療費について、以下に示す高額療養費にかかる自己負担月額の限度額を超えて支払ったときは、高額療養費制度に該当しますので、加入保険者から通知のある高額療養費決定(支払)書又はそのコピーを必ず添付してください。
[高額療養費にかかる自己負担月額の限度額]
② 非課税世帯 35,400円
② 課税世帯 57,600円以上(所得によって限度額が4段階に分かれます。)
※限度額がいくらなのか、高額療養費に該当するかはご加入の健康保険組合にお問い合わせください。
- 入院、外来時に「**限度額適用認定証**」を利用した方は、申請書提出の際、限度額適用認定証のコピーを添付してください。
- 助成金の請求は、診療月の属する月の翌月の初日から12か月以内(診療月の翌年の同月末日まで)に申請してください。お手数でも、保険証、資格者証を確認して申請書に記入してください。助成金の支払いは口座振込になります。
<例> 4月診療分は、翌年4月末日までが申請期間です。>
- 郵送で申請の場合、ご自分の住所氏名を必ず記入して投函してください。送料は自己負担となります。
- 申請書は一つの医療機関・薬局ごとに1枚ずつ記入してください。
- 医療領収書で申請の方は、必ず1か月分の医療領収書をまとめて、翌月以降に申請してください。
- 同じ医療機関等の複数月分の診察分を医療領収書で申請する場合は、複数月分の医療領収書をまとめて1枚の申請書に添付していただいて結構です。その際、医療領収書はのり付けせず、ホチキス等のはずせるもので、添付してください。中学校3年生修了前までのお子さまは、こども医療費助成制度をご利用ください。
- 領収書の返却を希望する方は、領収書のコピーをとっていただき、原本とコピーの両方を提出してください。原本に受領済スタンプを押してお返しします。一度提出された領収書はお返しいたしませんので、ご了承ください。
- 郵送で提出する際に領収書の返却を希望される方は、その旨を書き添えて、領収書の原本とコピー、返信用切手も同封してください。
- 学校等で加入している災害共済の給付を受けた医療費は対象外となります。

お問い合わせ先

〒322-8601 栃木県鹿沼市今宮町1688-1

鹿沼市役所 こども未来部 子育て支援課 こども給付係

TEL 0289-63-2172