

支給申請書の記入のしかた

- ※申請書は郵送でも受け付けます（ただし、記入漏れのないように）
- ※申請書は3ヶ月を目安として、早めに提出してください。
- ※助成対象になるのは、**保険診療分**のみとなります
- ※他医療費助成等の対象となる場合は、他助成等を優先してください
(他助成等の例：学校での怪我、労災など)

受給者が記入してください

受給者記入欄	母子家庭等医療費助成金支給申請書					
	(あて先) 沼津市長			平成 年 月 日		
	住所 沼津市					
	受給者 ※ 必ず受給者(母・父等)を記入する ※ 氏名 _____ (電話) _____					
受給者証番号	オレンジ色の受給証の番号		加入医療保険	名称	※国保・協会・組合のどれか	
受診者氏名	患者について記入 S H 年 月 日生			記号番号	記号	番号
届出座	銀行・作 座 番号			座 番号		
	本店・支店			届出してある口座を記入		

受給者は記入しないでください

医療機関等記入	保険診療等領収証明書 (¥を付けて下さい)									
	年	利用できる領収証(条件は下記のとおり)がない場合は、 医療機関(病院、薬局、整体・接骨院など)に必要な事項 の記入、押印をお願いします ※利用できる領収証がある場合には、医療機関記入欄への記入・ 押印は不要です ※助成対象は、 保険診療の自己負担分のみ となります				十	万	千	百	十
月	日					日	日	日	日	円
						平成 年 月 日				

- ★利用できる領収証の条件★**
- ①受診者(患者)名の記載があること
 - ②受診日が分かること
 - ③**保険診療分の確認ができること**(医療点数などの記載があること)
→助成対象になるのは、保険診療の自己負担分のみです
 - ④領収金額が分かること(支払の有無が確認できること)
- ★領収証の貼り方★**
- ①領収証は**受診者ごと、受診月ごと、医療機関ごと**にわけると
※病院と薬局は別の医療機関とみなされます
 - ②申請書の**裏面**に、①で分けた領収証を、内容記載面を上向きにして貼る
※1枚の申請書には**同じ人が、同じ月に、同じ医療機関にかかったものだけ**を貼ってください
※**領収証の内容が全て確認できるように貼ってください**
→領収証の内容が確認できない場合、お支払できないことがあります。ご注意ください