

# 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		平成 年 月 日	
	(宛先) 沼津市長			
	住所 沼津市			
	受給者 氏名		※ 必ず受給者(母・父等)を記入する ※	
	(電話)			
	受給者証番号	並びわ色の受給証の番号	加入医療保険	名称
		号		※国保・協会・組合のどれか
	受診者氏名	患者について記入		記号番号
		S H 年 月 日 生		記号
				番号
	届出座	銀行・信託会社・郵便局		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)	
			十	万
			千	百
	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		円
	月	※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、 <b>保険診療の自己負担分のみ</b> となります		
				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