第５号様式

記載例

㊛ 小児医療費助成申請書

（宛先）川崎市長

令和５年１１月　１日

父母がともに小児を監護している場合は、所得の高い方（医療証に記載の保護者）が申請者となります。

申請者

住所　川崎市　●●　区　▲▲１丁目２２番３号

電話　044　（　200　）0000

氏名　川崎　太郎

次のとおり、小児医療費助成に係る医療費の助成を申請します。

小児氏名	川崎　一郎	受給者番号	1234567
住　所	●●区▲▲１丁目２２番３号		
振込先金融機関	◆◆　（銀行）信用金庫　農協　／　■■　（本店）支店		
口座番号	（普通）当座　0987654	フリガナ	カワサキ　タロウ
		口座名義人	川崎　太郎

原則として、申請者名義の口座となります。配偶者名義の口座などへの振り込みを希望する場合は、委任状が必要です。

診療年月日	診療を受けた病院等の名称	区分	医療費支給申請額
令和５年９月２日	▲▲こどもクリニック	（1）2 3 4 5 6 7 8	円
５年９月２日	◇◇薬局	1 2 3 （4） 5 6 7 8	円
５年９月２日	××歯科医院	1 2 （3） 4 5 6 7 8	円
５年10月２日	▲▲こどもクリニック	（1）2 3 4 5 6 7 8	円
５年10月４日	◇◇薬局	1 2 3 （4） 5 6 7 8	円

①同じ病院等を複数回受診した場合、診療年月日ごとに欄を分けて記入してください。

②「医療費支給申請額」欄には、保険医療費の自己負担額（自費診療や文書料など、健康保険が適用されないものがない場合は領収書の金額）から、一部負担金（小学校４～中学校３年生の通院のみ）を差し引いた金額を記入してください。

③一部負担金は、小学校４～中学校３年生の通院（薬局を除きます）について、1回あたり最大500円です。病院等に支払った額が500円を超えるときは500円が一部負担金、500円未満の時は病院等に支払った額全額が一部負担金となります。

【一部負担金の具体例】
通院で病院を受診し、病院外の薬局で処方箋により薬を処方された場合
▲▲こどもクリニック分　（領収書記載額）950円－（一部負担金）500円＝（支給申請額）450円
◇◇薬局分　（領収書記載額）780円－（一部負担金）なし＝（支給申請額）780円

※「区分」や「医療費支給申請額」の記入方法がわからない場合は、区役所保険年金課・支所区民センター又はこども未来局家庭支援担当までお問い合わせください。

区分　１：医科外来　２：医科入院　３：歯科　４：調剤　５：柔道整復
６：はり・きゅう・マッサージ　７：訪問看護　８：その他

領収書（写しも可※）、健康保険の療養費又は高額療養費、家族付加金に該当する場合は支給決定通知書等を添付してください。
※領収書の写しを提出される場合は、原本を申請の際に窓口で提示してください。

＜令和５年９月＞