

# 乳 小児入院医療費助成申請書

(宛先) 川崎市長

年 月 日

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。  
 なお、医療費助成を受けるに当たり必要な限度で、所得状況その他助成に関する事項の調査について市長に委任します。

1 申 請 者	フリガナ名 氏 名		住 所	( 千 )	市	区		
	生年月日	年 月 日生		電 話 番 号	— —			
	個人番号	. . . . .						
	配偶者の有無	1 有 2 無						
	小児との続柄	1 父 2 母 3 その他( )						
2 配 偶 者	フリガナ名 氏 名		住 所	申請者住所と( 1 同じ 2 異なる ) ( 千 ) 市 区				
	生年月日	年 月 日生	所	(方書)				
	個人番号	. . . . .						
3 小 児	フリガナ名 氏 名		住 所	申請者住所と( 1 同じ 2 異なる ) ( 千 ) 市 区				
	生年月日	年 月 日生 ( 歳 )	所	(方書)				
4 小 児 の 加 入 保 険 状 況	保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済						
	被保険者の氏名		小児との続柄	1 父 2 母 3 その他( )				
	被保険者記号及び番号	記号 番号		保険加入日	年 月 日			
	保険者	保険者番号	保険者名					
5 申 請 者 と の 関 係	申請者による監護の有無	1 有 2 無		他 制 度 適 用 の 有 無	生 活 保 護		1 有 2 無	
	同一生計の有無 (申請者が父母の場合)	1 有 2 無			重 度 障 害 者 医 療		1 有 2 無	
	生計維持の有無 (申請者が父母以外の場合)	1 有 2 無			ひ と り 親 家 庭 等 医 療		1 有 2 無	
6 助 成 申 請 の 内 容	診療を受けた期間	病院等の名称				支 給 申 請 額		
	年 月 日から 年 月 日まで					円		
	年 月 日から 年 月 日まで					円		
	年 月 日から 年 月 日まで					円		
	年 月 日から 年 月 日まで					円		
	年 月 日から 年 月 日まで					円		
7 振 込 先	振込先金融機関	銀行 信用金庫 農 協 その他( )					本 店 支 店	
	口座番号	普通 当座	フリガナ	口座名義人				

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。