

様式第8号（第15条関係）

ひとり親家庭等医療費給付申請書（償還払い）

年 月 日

我孫子市長 あて

申請者 住所 我孫子市

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_

（記名押印に代えて署名することができます。）

ひとり親家庭等医療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者番号								申請者との 続 柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子
受診者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ						生年月日	年 月 日	
受診者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ								
申請理由	1 県外診療 2 受給券提示無し（受給券未着、持参忘れ等） 3 受給券の有効期間外での受診 4 補装具、治療用眼鏡の作成 5 その他（ _____ ）								
確認事項	今回の申請で21,000円以上の領収書がある。（はい・いいえ） ※医療費の金額によって、健康保険組合発行の支給決定通知書の写しの提出を求める場合があります。								
	学校での負傷疾病である。（はい・いいえ） ※学校管理下での負傷疾病の場合で、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費は、助成対象外です。（学校等への申請が必要となります。）								
同意書									
私は、ひとり親家庭等医療費の助成額の算定に必要な限りにおいて、医療費の点数、高額療養費及び付加給付金の支給状況等を我孫子市が保険者及び医療機関に照会することを承諾します。									
受診者が加入している保険の被保険者 氏名 _____									印

## 申請される方へ

### 《申請までの手順》

1 医療機関・調剤薬局の窓口で、請求された額をお支払ください。

2 受診・調剤済の翌月以降申請ください。

領収書にて申請される場合は、受診者名、保険点数、医療機関の受領印を確認し（不足のある場合は記入等お願いしてください）領収書を申請書に添付してください。

領収書を添付する際は対象受診者ごとに分け、それぞれ申請書に添付してください。

3 この申請書を、我孫子市役所 子ども支援課窓口<sup>※</sup>に直接提出してください。

各行政サービスセンターでも受け付けますが、申請内容の確認はできません。不備があった場合は返却する場合があります。その際お支払いが遅れる場合もありますのでご注意ください。

郵送でも受け付けます。（注：子ども支援課に到着した日が受付日になります）

### 《注意》

1 高額療養費等が支給される可能性がある場合は一度領収書を返却します。高額療養費等が支給された場合、領収書に加え保険組合等からの支給決定通知等の添付が必要となります。

2 領収書の返却を希望する場合は領収書と領収書の写しを添付し子ども支援課の窓口、又は郵送で申請してください。行政サービスセンターでの申請及び、助成後に返却を希望された場合は返却できません。

3 上記の返却は支給決定通知等と同時期に普通郵便で返却します。

## お願い

1 交通事故などの第三者の行為によって生じた病気やけがで診療を受ける時は、すみやかにその旨を我孫子市役所子ども支援課に届け出てください。

2 受給の資格がなくなったとき（他市町村への転出等）は、すみやかに我孫子市役所子ども支援課に届け出てください。

3 偽りその他不正の行為により助成をうけた時は、助成した額の全額または一部を返還してもらいます。

〈お問い合わせ〉 〒270-1192 我孫子市我孫子1858番地

我孫子市役所 子ども支援課

TEL 04-7185-1111 内線 850