

保護者各位

ひとり親家庭等医療費助成金交付申請に必要な書類をお送りします。
下記の【申請に必要な書類】を、同封の返信用封筒に入れて郵送してください。

【申請に必要な書類】

- ① 市川市ひとり親家庭等医療費等助成金交付申請書（同封の用紙）

裏面の「記入例」を参考に必要事項を記入してください。

※登録事項に変更がある場合は、訂正してください。

- ② 受診者の健康保険証のコピー

- ③ 領収書

受診した方の氏名・診療年月日・保険点数 が明記されている領収書が必要です。

※上記の内容が記載されていないときは、領収書の空欄に記載をうけてください。

（手書きでも可）

※整骨院等の領収書で保険点数が無い場合は、受診ごとに健康保険適用分の金額の記載をうけてください。

※領収書は、必ず原本を提出してください。コピーでは受付ができません。

※入院分、医療機関ごとに同月内で 21,000 円（7,000 点もしくは 10,500 点）を超える支払いのある領収書は後日原本を返却します。

領収書（通院・調剤）の返却を希望する場合

領収書の原本とコピーを一緒にお送りください。確認後に、原本を返却します。

なお、返信用封筒（宛名を記入し、返信に必要となる料金の切手を貼ったもの）も同封してください。

・高額療養費など、健康保険組合等から給付を受けた場合は、その金額が分かる通知書等をあわせて提出してください。

なお、**全国健康保険協会様にご加入の方は、支給決定通知又は不支給決定通知の提出が必須になります。**

・医療機関で健康保険証を提示せず 10 割負担した場合は、医療機関または健康保険組合等で精算後に申請してください。（健康保険組合等で精算した場合には、健康保険組合等から支給された金額が分かる通知と、10 割負担した領収書（コピーでも可）が必要です。）

【申請後の振込みについて】

・申請は毎月末に締め切り（こども福祉課必着）翌月の月末に振り込みます。

ただし、高額療養費で健康保険組合等の照会が必要になる場合などは、振り込みが遅れることがあります。

・振込日の数日前に、「市川市ひとり親家庭医療費等助成可否決定通知書」を郵送します。ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

【問合せ先】

こども福祉課 医療費助成担当 〒272-8501 市川市八幡1丁目1番1号

☎ 047-334-1111（市役所代表）

記入例

様式第8号

受給者番号

市川市ひとり親家庭等医療費等助成金交付申請書

令和〇年 〇月 〇日

市川市長

申請者 住所 市川市八幡1-1-1
氏名 八幡 太郎
電話 047(334)1111

次のとおり医療費等の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

受診者	八幡 太郎	生年月日	平成〇年〇月〇日	申請者との続柄	本人
-----	--------------	------	-----------------	---------	-----------

※加入医療保険及び振込口座欄は新規もしくは変更する場合、記入してください。

加入医療保険	保険者番号	記号・番号		
	保険者名	保険証の写しを添付してください		
	被保険者(組合員)氏名			
	その他			
振込口座	市川	銀行 金庫 組合	支店番号 〇〇〇	支店 出張所 本八幡
	口座番号 普通 ()	1234567	フリガナ 口座名義人 ヤワタ タロウ 八幡 太郎	
承諾欄	高額療養費等に係る承諾書			
	(同月内で21,000円(7,000点又は10,500点)以上の医療費の支払いがある場合のみ記入) 私は、助成金の算定に必要な高額療養費及び付加給付金の内容について、保険者に照会することを承諾します。 被保険者(組合員)氏名 八幡 太郎			
※所得の適・否				

受付者：

※これより下欄は記入しないでください。

○住民登録(□母子家庭・□父子家庭) ○所得の適・否(□適・□否) ○市民税課税状況(□課税・□非課税) ○附加給付額(□有 円・□無) ○附加給付内容 ○その他記載事項 _____月振込 1入院 2医科 3歯科 4調剤	助成額の合計	入院 (A)	円
		通院・調剤 (B)	円
		合計 (A) + (B)	円