

**保険点数の記載のある領収書(原本)を添付してください。
申請書は月毎に、入院と入院外は分けて申請してください。**

記入例

小児医療助成費申請書（兼請求書）

次のとおり、秦野市小児医療費の助成に関する条例による医療費の助成を申請（請求）します。

(宛先)
秦野市長

お子様の養育者(医療証の申請者)名を記入してください。

申請（請求）年月日 3 . 4 . 1

住所 秦野市
桜町1-3-2

電話 82 - 5111

ふりがな
氏名 秦野 太郎

医療証をお持ちの方は、受給者番号を記載してください。

マイナンバーの事です。
医療証の申請者のマイナンバーカードか通知カードに記載されている個人番号を記載してください。

受付年月	令和 . .																			
受給者番号	9	9	9	9	9	9	9	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
ふりがな	はだの さぶろう								ふりがな											
小児等の氏名	秦野 三郎								被保険者名	(続柄)										
生年月日	R2 . 5 . 3 (0 歳)								保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済										
入院区分	1 入院 2 入院外								記号番号	お子様の保険証のコピーを添付してください。										
診療等を 受けた期間	R2年 5月 3日 から R2年 5月 5日 まで								保険者番号											
申請（請求） の種類	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 補装具 6 その他								保険者名											
病院等名称	〇〇病院								保険者の 所在地	該当するところに○をつけてください。 申請者が加入している年金の番号に○印をつけてください。										
助成申請（請求）額	1,260 円																			
病院等名称	△△薬局								1 厚生年金保険 4 地方公務員等共済組合 2 私立学校教職員共済 5 国民年金 3 国家公務員共済組合 6 その他（未加入等）											
助成申請（請求）額	580 円								申請の理由	1 医療証の提示ができなかった 2 中学生の入院医療費助成 3 県外受診										
病院等名称									生活保護の受給状況	該当するところに○をつけてください。										
助成申請（請求） 額合計	1,840 円								重度障害者医療費給付事業の該当	有 . 無										
振込み先	申請者名義の口座を記入してください。								ひとり親家庭等医療費助成事業の該当	有 . 無										
金融機関名	〇〇銀行																			
口座番号	1	2	3	4	5	6	7													
口座名義人 (カタカナ)	ハダノ タロウ																			

同意書

小児医療費助成費申請に当たり、秦野市が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第19条第8号の規定に基づき、情報提供ネットワークシステム

お子様の誕生月により、必要な課税情報の対象年度が異なりますので、お問い合わせください。

を照会することについて同意します。

同意者	住所	桜町1-3-2	
	住所 <small>31・R2 年の 1月1日現在</small>	伊勢原市田中348	
	30・31年分の確定申告	○ <u>している</u>	・ していない
	30・31年分の市県民税申告	○ <u>している</u>	・ していない
	フリガナ	ハダノ タロウ	
	氏名	秦野 太郎	
	申請者との続柄	本人	
	生年月日	S 51 . 6 . 3	
<ul style="list-style-type: none"> ・確定申告をされた方 : 確定申告の「している」に○ ・市県民税の申告をされた方 : 市県民税申告の「している」に○ ・年末調整をされた方 : 両方の「している」に○ 			
同意者	住所		
	住所 <small>年の 1月1日現在</small>		
	年分の確定申告	している	・ していない
	年分の市県民税申告	している	・ していない
	フリガナ		
	氏名		
	申請者との続柄		
	生年月日		