

養育医療の対象となる方へ

国保年金課

稲沢市では、養育医療を受けられた場合に、所得に応じて御負担いただく養育医療自己負担金について、子ども医療費として助成させていただきます。

別添の「子ども医療費支給申請書」及び「委任状」を保健センターに御提出いただきますと、養育医療自己負担金を一度立て替えてお支払いしていただくことなく、国保年金課から直接保健センターに養育医療自己負担金としてお支払いさせていただきます。

なお、養育医療を利用せず、子ども医療費受給者証だけを利用して受診された場合は、食事代は自己負担となりますので御了承ください。

問合せ先 市民福祉部国保年金課医療グループ

電話0587-32-1325（ダイヤルイン）

別記様式（第3条関係）

委 任 状

養育医療自己負担金に係る子ども医療費の受領を稲沢市長に委任します。

年 月 日

委任者 住所
氏名

【記入例】

別記様式（第3条関係）

委任状

養育医療自己負担金に係る子ども医療費の受領を稲沢市長に委任します。

記入しないでください。

年 月 日

子ども医療支給申請者の住所氏名を記入。

委任者 住所 稲沢市稲沢町前田 365 番地 16
氏名 稲沢 太郎

子ども医療費支給申請書

年 月 日

稲沢市長 殿

住 所 稲沢市

申請者

氏 名

電話番号 () -

次のとおり医療費の助成金を支給してください。

受給者	受給者番号				加入医療保険	被保険者証 記号・番号		
	住 所					保険者番号		
	ふりがな		性別	男・女		保険者名称		
	氏 名		性別	男・女		保険者の 所在地		
子ども	ふりがな		性別	男・女	被保険者氏名			
	氏 名		性別	男・女				
	生 年 月 日		年	月	日			
傷 病 名	養育医療					通院 区分	入院・入院外	
傷 病 原 因	第三者行為 ・ 学校のケガ ・ その他 (養育医療)							
発病・負傷年月日	年	月	日	療養 期間	※ 年 月 日から 年 月 日まで	※ 日間		
医 療 機 関 所在地・名称								
総 点 数 (保険診療)	※	点	支払額	※	円	助成金 決定額	※	
※ 助 成 決 定								
ふ り が な	金 融 機 関 名	店 舗 名	種 別	口 座 番 号				
口 座 名 義 人				銀行 農協 信用金庫	店 支店 出張所	普 通 当 座		
委任状	上記の助成金の受領を _____ に委任します。 氏名							

注 ※印欄は記入しないでください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

【記入例】

記入しないでください。

子ども医療費支給申請書

年 月 日

稲沢市長 殿

住所 稲沢市稲沢町前田365番地16

申請者

氏名 稲沢太郎

電話番号 (0587) 21 - 2300

次のとおり医療費の 子ども医療受給者証を見て、受給者番号等を記入してください。

受給者	受給者番号				加入医療保険	被保険者証記号・番号			
	住所	稲沢市稲沢町前田365番地16				保険者番号			
	ふりがな	いなざわ たろう	性別	男・女		保険者名称	お子さまの健康保険証又は、お子さまを扶養する方の保険証を参照し、記入してください。		
	氏名	稲沢太郎				保険者の			
子ども	ふりがな	いなざわ いちろう	性別	男・女	所在地				
氏名	稲沢一郎	被保険者氏名			稲沢太郎				
生年月日	令和元年 5月 10日			被保険者氏名	稲沢太郎				
傷病名	養育医療				通院区分	入院・入院外			
傷病原因	第三者行為・学校のケガ・その他(養育医療)								
発病・負傷年月日	令和元年	5月	10日	療養期間	※	年 月 日から	※	日間	
医療機関所在地・名称	稲沢市民病院 稲沢市長東町沼100番地				グレー部分の記入は不要				
総点数※ (保険診療)	点	支払額	※	円	助成金決定額	※	円		
※助成決定									
ふりがな	金融機関名	店舗名	種別	口座番号					
口座名義人	銀行 農協 信用金庫	店	普通						
		支店	普通						
		出張所	当座						
委任状	上記の助成金の受領を _____ に委任します。 氏名 _____ 印 _____								

注 ※印欄は記入しないでください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。