様式第３号（その１）（第３条第１項関係）

確認欄	主 査	確認者	担 当	受 付

※太わく内をご記入ください。

子 ど も 医 療 費 助 成 申 請 書

熊 本 市 長　（宛）　　令和　　年　　月　　日

申請者	住 所	熊本市　　区			
	受給資格者氏名（保 護 者）		TEL	自宅	
				携帯	（父・母）

関係書類を添え、次のとおり医療費の助成について申請します。支給される医療費助成金は、別紙提出済の口座振替依頼書に記載の預金口座に振込んでください。なお、助成金額算定のため住民税等の課税資料を閲覧されることに同意します。
なお、ひとり親医療費助成の受給資格があり、そちらで算出した助成額が多い場合は、ひとり親医療費での助成を受けること(申請月の翌々月支給)に同意します。

ふ り が な		生年月日	H R　年　月　日
子(患者)の氏名		診療年月	H R　年　月～ H R　年　月
病院または薬局名		所 在 地	１.市内　３.県外(　　県) ２.市外(市町村名　　)
保険証内容	保険者名	熊本市 ・協会けんぽ・共済組合・健保組合・ 国保組合　　支部	

※　入院等で１ヶ月の医療費が２１，０００円以上の方におたずねします。
同じ保険証をお使いの方(患者本人またはご家族)の中に、この申請と同じ診療月に２１，０００ 円以上の医療費を払った方がおられますか。
１　いる　(領収書添付)　　２　いない

※ひとり親医療費の受給資格をお持ちですか。
１　有　　２　無

課税（　）・非課税																								
多数該当　有・無																								
口座登録　有・無																								

助成額	百	十	万	千	百	十	円

助成額　　円
（　　枚　　）

ひまわりカード記号・番号	ニ									受付	年　月　日	医療機関番号	4	3								

保険証記号・番号	―	保険者番号								

区分 入院(1) 外来(2)	総点数 (点)	一部負担金の額 (円)	高額療養費の額 (円)	附加給付額 (円)	差額 (円)	助成額 (円)	診療科目	診療年月 年	診療年月 月	公費番号