

改正

平成24年 8 月 1 日

平成30年 4 月 1 日要綱第36号

令和元年 7 月 1 日要綱第105号

令和 3 年 4 月 1 日要綱第129号

岩国市ひとり親家庭等医療費助成要綱

岩国市母子家庭等医療費助成要綱（平成18年 3 月20日制定）の全部を改正する。

（趣旨）

**第 1 条** この要綱は、ひとり親家庭等の母子、父子又は父母のいない子の保健の向上に寄与し、生活の安定及び福祉の増進を図るために、ひとり親家庭等の医療費の一部をひとり親家庭等の母若しくは父又は父母のいない子を監護する者（以下「父母等」という。）に対し助成することについて、必要な事項を定めるものとする。

（定義）

**第 2 条** この要綱において「社会保険各法」とは、次に掲げる法律をいう。

- （1）健康保険法（大正11年法律第70号）
- （2）船員保険法（昭和14年法律第73号）
- （3）私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- （4）国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- （5）国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- （6）地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- （7）高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

2 この要綱において「対象者」とは、岩国市内に住所若しくは居住地を有する者、国民健康保険法第116条若しくは第116条の2の規定により本市が行う国民健康保険の被保険者とした者（同法第116条又は第116条の2の規定により転出先の市町村において助成を受けることができる者を除く。）又は高齢者の医療の確保に関する法律第55条の規定により山口県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者とした者であって、社会保険各法の規定による被保険者、組合員又は被扶養者のうち別表に掲げるものとする。ただし、次の各号のいずれかに該当する者を除く。

- （1）生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている者
- （2）原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成 6 年法律第117号）による一般疾病医療費の支給を受けることができる者
- （3）児童福祉法（昭和22年法律第164号）第27条第1項第3号若しくは同条第2項の措置又は同法第33条の規定による一時保護を受けている児童であって、国又は地方公共団体の負担による医療費の支給を受けることができる者
- （4）重度心身障害者医療費助成事業（昭和48年 7 月23日付け社会第670号山口県民生部長通知）による医療費の助成を受けることができる者
- （5）国民健康保険法第116条又は第116条の2の規定により他の市町村が行う国民健康保険の被保険者とされた者

(6) 高齢者の医療の確保に関する法律第55条の規定により山口県後期高齢者医療広域連合以外の後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者とされた者

3 この要綱において「社会保険各法の規定による医療に関する給付」とは、疾病又は負傷についての社会保険各法による療養の給付又は入院時食事療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費、家族訪問看護療養費、特別療養費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給をいう。

(助成の範囲)

**第3条** 市長は、対象者の疾病又は負傷について、社会保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において、当該医療に関する給付の額（その者が社会保険各法の規定による療養の給付を受けたときは、当該療養の給付の額から当該療養の給付に関する社会保険各法の規定による一部負担金に相当する額を控除した額とする。）が当該医療に要する費用の額に満たないときは、その満たない額に相当する額（社会保険各法による入院時食事療養又は入院時生活療養に係る療養を受ける者については、当該入院時食事療養費又は当該入院時生活療養費の給付に関するこれらの法律に規定する食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を除いた額とする。）をこの要綱に定める手続に従い、ひとり親家庭等医療費として対象者に助成するものとする。ただし、当該疾病又は負傷について法令の規定により、国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われるときは、この限りでない。

2 前項の医療に要する費用の額は、健康保険法第76条第2項の規定に基づく厚生労働大臣が定めるところにより算定した額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることができない。

(受給者証の交付申請)

**第4条** この要綱によるひとり親家庭等医療費の助成を受けようとする者及び被保険者が福祉医療費受給者証（ひとり親家庭等用）（様式第1号。以下「受給者証」という。）の交付申請に使用する書類は、次のとおりとする。

(1) 福祉医療費受給者証交付（更新）申請書（ひとり親家庭等医療）（様式第2号。以下「申請書」という。）

(2) 対象者に係る社会保険各法に基づく被保険者証、組合員証又は加入証

(3) 課税及び扶養の状況を記載した書類で市長が必要と認めるもの。ただし、ひとり親家庭等医療費の助成を受けようとする者及び同一生計者の同意より公簿等で確認できるときは、当該書類の提出等は要しない。

(4) ひとり親家庭等であることを証する書類

(5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認めた書類

(受給者証の更新申請)

**第5条** 受給者証の交付を受けている者（以下「受給者」という。）は、毎年6月1日から7月31日までの間に、申請書に前条各号に掲げる書類を添えて市長に受給者証の更新を申請することができるものとする。

(受給者証の交付等)

**第6条** 市長は、前2条に規定する申請書の提出があった場合において、内容を審査し、第2条第2項に規定する対象者に該当することを確認したときは、当該申請をした者に

受給者証を交付するものとする。

- 2 受給者証の有効期間は、交付の日（前条の規定により交付した受給者証にあっては、8月1日。以下「交付日」という。）から交付日以後最初に到来する7月31日までとする。ただし、第2条第2項に規定する対象者に該当しなくなったときは、対象者に該当しなくなった日までとする。

（受給者証の再交付申請）

**第7条** 受給者は、受給者証を破り、汚し、又は紛失したときは、次に掲げる事項を記載した再交付申請書を市長に提出し、その再交付を申請することができる。

（1） 受給者の氏名及び生年月日

（2） 再交付申請の理由

（3） 受給者証の番号

- 2 受給者証を破り、又は汚した場合における前項の再交付申請書には、当該受給者証を添付しなければならない。

- 3 受給者は、受給者証の再交付を受けた後、紛失した受給者証を発見したときは、直ちにこれを市長に返還しなければならない。

（氏名等変更の届出）

**第8条** 受給者は、次の各号のいずれかに該当するときは、速やかにその旨を市長に届け出なければならない。

（1） 住所又は氏名を変更したとき。

（2） 加入している医療保険に変更があったとき。

（3） 助成の対象となる医療の事由が第三者の行為によるとき。

（4） 受給者証を紛失したとき。

（5） 市外へ転出するとき。

（6） 医療の助成がある施設に入所するとき。

（7） 生活保護を受けるようになったとき。

（8） 他の法令等により医療費の助成を受けられるとき、又は受けたとき。

（9） 高額療養費、高額介護合算療養費、付加給付金その他これに類する給付を受けたとき。

（10） 婚姻したとき。

（11） 税の申告等により所得若しくは控除又は年少扶養親族に変更があったとき。

（受給者証の返還等）

**第9条** 受給者は、この要綱による対象者でなくなったときは、速やかに受給者証を市長に返還しなければならない。

（現物給付による助成）

**第10条** 受給者が、この要綱に定める手続に従い、社会保険各法に規定する保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者その他別に定める病院、診療所又は薬局（以下「保険医療機関等」という。）において医療を受けた場合は、市長は、ひとり親家庭等医療費として当該医療を受けた者に交付すべき額の限度において、その者が当該医療に関し、当該保険医療機関等に支払うべき費用を、その者に代わり、当該保険医療機関等に支払うことができる。

2 前項の規定により医療費を支払ったときは、受給者に対しひとり親家庭等医療費の助成を行ったものとみなす。

3 市長は、第1項の規定による保険医療機関等に支払うべき額の審査及び支払に関する事務を山口県国民健康保険団体連合会に委託する方法により行うものとする。

(ひとり親家庭等医療費助成の申請等)

**第11条** 第3条の規定によるひとり親家庭等医療費の助成を受けようとする受給者が市長に提出する書類は、次のとおりとする。

(1) 福祉医療費支給申請書(ひとり親家庭等)(様式第3号)

(2) 次のアからウまでのいずれかの書類

ア 社会保険各法の規定による一部負担金を支払ったことを証する資料

イ 他の法令等による給付に関し費用徴収金が課せられる場合は、措置の実施機関の発行する決定通知書

ウ 医療機関の発行する領収書等の当該費用徴収金額が確認できる資料

(3) 高額療養費、高額介護合算療養費、付加給付金その他これに類する給付を受けることができる場合又はできた場合は、その給付金額が記載された書類

2 市長は、前項の書類を受理したときは、必要な審査を行い、第3条に定めるひとり親家庭等医療費の額を決定し、受給者に支払うものとする。

(受療の手続)

**第12条** 受給者は、第10条の規定による医療を受けようとするときは、保険医療機関等に被保険者証又は組合員証及び受給者証を提出しなければならない。ただし、緊急やむを得ない理由により被保険者証若しくは組合員証又は受給者証を提出することができない者であつて、受給者であることが明らかなものについては、この限りでない。

(助成の制限等)

**第13条** 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部若しくは一部を支給しないことができる。

(1) 受給者の疾病又は負傷が第三者の行為によって生じたものであつて、損害賠償を請求することができるとき。

(2) 受給者の疾病又は負傷が受給者の故意による犯罪行為により生じたものであるとき。

(3) 受給者が助成の決定に関する書類で市長が必要と認めるものを提出しないとき。

(4) この要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したとき。

(ひとり親家庭等医療費の返還)

**第14条** 市長は、受給者が偽りその他不正な手段によりひとり親家庭等医療費の助成を受けたときは、当該受給者から、既に助成したひとり親家庭医療費の全部又は一部を返還させることができる。

2 市長は、受給者が疾病又は負傷に関し損害賠償を受けることができるとき若しくは受けたときには、その金額の限度においてひとり親家庭等医療費の全部若しくは一部を助成せず、又は既に助成したひとり親家庭等医療費の額に相当する金額を返還させることができる。

- 3 受給者及び被保険者は、受給者に係る医療費について、高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他これに類する給付の支給があったときは、その金額の限度において、その金額に相当するひとり親家庭等医療費を返還しなければならない。
- 4 市長は、第3条の規定による助成すべき額を超えて助成したときは、受給者又は被保険者から当該過払い相当額を市へ返還させるものとする。ただし、市長が保険者から当該過払い相当額を代理受領した場合は、この限りでない。

(その他)

**第15条** この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

**附 則**

この要綱は、平成21年8月1日から施行する。

**附 則**（平成24年8月1日）

この要綱は、平成24年8月1日から施行する。

**附 則**（平成30年4月1日要綱第36号）

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際、現に提出されているこの要綱による改正前の岩国市ひとり親家庭等医療費助成要綱の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この要綱による改正後の岩国市ひとり親家庭等医療費助成要綱の様式によるものとみなす。
- 3 この要綱の施行の際、現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則**（令和元年7月1日要綱第105号）

この要綱は、令和元年7月1日から施行する。

**附 則**（令和3年4月1日要綱第129号）

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現にこの要綱による改正前の岩国市ひとり親家庭等医療費助成要綱（以下「改正前の要綱」という。）第4条、第5条及び第11条の規定によりされた申請は、この要綱による改正後の岩国市ひとり親家庭等医療費助成要綱第4条、第5条及び第11条の規定によりされた申請とみなす。
- 3 この要綱の施行の際、改正前の要綱による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

**別表**（第2条関係）

- 1 次の各号のいずれかに該当する者（以下「対象児童」という。）を養育している者及びその者が養育する対象児童並びに父母のいない対象児童（同一生計者のうち当該児童、その他直系血族及び兄弟（生計中心者である場合に限る。）の全てが市町村民税所得割非課税（年齢19歳未満の扶養親族に係る扶養控除に関する規定の適用について、地方税法等の一部を改正する法律（平成22年法律第4号）による改正前の地方税法の規定によ

って計算された市町村民税所得割が非課税となる場合を含む。)である者)

(1) 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者

(2) 学校教育法(昭和22年法律第26号)に規定する高等学校(専攻科を除く。)、中等教育学校、特別支援学校(専攻科を除く。)、高等専門学校(第3学年までの学年に限る。))又は専修学校(高等課程に限る。))に在学する者(20歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者に限る。))

2 前項に規定する対象児童を養育している者とは、次の各号のいずれかに該当する者をいう。

(1) 配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下同じ。))と死別した者であって、現に婚姻(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。以下同じ。))をしていないもの

(2) 離婚した者であって、現に婚姻をしていないもの

(3) 配偶者の生死が明らかでない者

(4) 配偶者から遺棄されている者

(5) 配偶者が海外にあるため、その扶養を受けることができない者

(6) 配偶者が国民年金法施行令(昭和34年政令第184号)別表に規定する1級に該当する程度の障害により、長期にわたって労働能力を失っている者

(7) 配偶者が法令により長期にわたって拘禁されているため、その扶養を受けることができない者

(8) 婚姻によらないで母又は父となった者であって、現に婚姻をしていないもの

3 第1項に規定する父母のいない対象児童とは、次の各号のいずれかに該当する者をいう。

(1) 父母(養父母を含む。以下同じ。))と死別した対象児童

(2) 父母の生死が明らかでない対象児童

(3) 父母から遺棄されている対象児童

(4) 父母が海外にあるため、その扶養を受けることができない対象児童

(5) 父母が国民年金法施行令別表に規定する1級に該当する程度の障害により、長期にわたって労働能力を失っているため、その扶養を受けることができない対象児童

(6) 父母が法令により長期にわたって拘禁されているため、その扶養を受けることができない対象児童

(7) 生存する父母のうちに第2号から前号までに規定する事情のいずれにも該当しない者が1人もいない対象児童

4 第1項に規定する同一生計者(所得制限の対象者)とは、次のいずれかに該当する者をいう。

(1) 対象児童と生計を一にしている者

(2) 対象児童の母又は父(対象児童が母又は父から遺棄されていること等により、父母のいない対象児童に該当する場合の母又は父を除く。))

(3) 父母のいない対象児童の場合については、対象児童を実際に養育している者及びその直系尊属

5 前項第1号及び第2号に該当する場合において、対象児童と同居している場合及び税、

社会保険等の扶養関係にある場合については、生計を一にしているとみなす。ただし、対象児童の直系尊属の者については、主として当該世帯の生計を維持している者に限る。

様式第 1 号（第 4 条、第 6 条関係）

表面

|                                                                                                           |           |                    |       |  |  |     |    |   |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------|-------|--|--|-----|----|---|--|---|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <table><tr><td>福</td><td colspan="9">福祉医療費受給者証</td></tr><tr><td colspan="10">(ひとり親家庭等用)</td></tr></table> |           |                    |       |  |  |     |    |   |  | 福 | 福祉医療費受給者証 |  |  |  |  |  |  |  |  | (ひとり親家庭等用) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福                                                                                                         | 福祉医療費受給者証 |                    |       |  |  |     |    |   |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (ひとり親家庭等用)                                                                                                |           |                    |       |  |  |     |    |   |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特記事項                                                                                                      |           |                    |       |  |  |     |    |   |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記 号                                                                                                       |           |                    |       |  |  | 番 号 |    |   |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者                                                                                                       | 居 住 地     |                    |       |  |  |     |    |   |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           | 氏 名       |                    |       |  |  |     |    |   |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           | 生年月日      |                    | 年 月 日 |  |  |     |    |   |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有 効 期 間                                                                                                   |           | 年 月 日から<br>年 月 日まで |       |  |  |     |    |   |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 交 付 年 月 日                                                                                                 |           |                    |       |  |  |     |    |   |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一 部 負 担 金 額<br>の 上 限                                                                                      |           | 通院                 | 円     |  |  |     | 入院 | 円 |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発 行 機 関 名 印<br>及 び                                                                                        |           | 山口県 岩国市長 印         |       |  |  |     |    |   |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉医療費<br>負担者番号                                                                                            |           |                    |       |  |  |     |    |   |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

裏面

注 意 事 項

- 1 保険医療機関等で受診される際は、この受給者証に被保険者証又は組合員証を添えて窓口に提出してください。
  - 2 一部負担金の上限額とは、月ごとに保険医療機関等が医療費の請求を行う診療報酬明細書ごとの医療保険の自己負担分（入院時の食事療養費及び生活療養費に係る自己負担分は除く。）に対して、受給者が支払わなければならない限度額をいいます。ただし、院外処方箋の交付により、保険薬局で薬剤の処方を受ける場合は、一部負担金の支払は必要ありません。
  - 3 次の場合には、速やかに市長に届け出てください。
    - (1) 住所又は氏名を変更したとき。
    - (2) 加入している医療保険に変更があったとき。
    - (3) 助成の対象となる医療の事由が第三者の行為によるとき。
    - (4) 受給者証を紛失したとき。
    - (5) 市外へ転出するとき。
    - (6) 医療費の助成がある施設に入所するとき。
    - (7) 生活保護を受けるようになったとき。
    - (8) 他の法令等により医療費の助成を受けられるとき、又は受けたとき。
    - (9) 高額療養費、高額介護合算療養費、付加給付金その他これに類する給付を受けたとき。
    - (10) 受給者が婚姻したとき。
    - (11) 税の申告等により所得若しくは控除又は年少扶養親族に変更があったとき。
  - 4 受給者の資格がなくなったときは、速やかに市長にこの受給者証を返還し、又は自己で処分してください。

- ◎ この受給者証は、病院、診療所等において、医療保険の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診できるものですので、大切に保管してください。（ただし、入院時の食費は自己負担があります。）
    - ◎ この受給者証は、原則として、県外では使用できません。
    - ◎ 偽り若しくは不正な行為によりこの受給者証を使用した場合、市に対する申告若しくは報告を正しく行わなかった場合又は市長の指示に正当な理由なく応じなかった場合は、医療費の助成が受けられない、又は既に助成した医療費を返還していただくことがあります。
- ※ この制度は、山口県と共同で実施しています。



様式第2号（第4条、第5条関係）

|       |        |       |    |     |  |  |
|-------|--------|-------|----|-----|--|--|
| 入力    | 発行     |       | 確認 | 審査  |  |  |
|       | 郵送・手渡し |       |    | 適・否 |  |  |
| 受給者証  | 記号     |       | 番号 |     |  |  |
|       |        |       |    |     |  |  |
| 資格開始日 |        | 年 月 日 |    |     |  |  |

福祉医療費受給者証交付（更新）申請書（ひとり親家庭等医療）

|           |                                                                                          |       |                     |    |         |         |             |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------|----|---------|---------|-------------|
| 受給者       | 氏 名                                                                                      |       | 個人番号                |    | 生年月日    | 既交付番号   |             |
|           |                                                                                          |       |                     |    |         |         |             |
|           |                                                                                          |       |                     |    |         |         |             |
|           |                                                                                          |       |                     |    |         |         |             |
|           |                                                                                          |       |                     |    |         |         |             |
|           |                                                                                          |       |                     |    |         |         |             |
| 加入医療保険    | 住所                                                                                       |       |                     |    |         | 電話      |             |
|           | 被保険者                                                                                     | 氏 名   |                     |    |         | 受給者との続柄 |             |
|           |                                                                                          | 住 所   | 1. 受給者と同じ 2. その他（ ） |    |         |         |             |
|           | 保険種別                                                                                     | 記 号   |                     |    | 番 号     |         |             |
|           | 発行機関                                                                                     | 保険者番号 |                     |    |         |         | 変更日（ . . ～） |
|           |                                                                                          | 名 称   |                     |    |         |         |             |
| 父・母の状況    | 1. 離 婚      2. 死 亡      3. 遺 棄      4. 拘 禁<br>5. 未婚の女子で父がいない      6. 生死不明      7. その他（ ） |       |                     |    |         |         |             |
| 認定事項      | 1. 児童扶養手当（ ）      2. 戸籍謄本      3. 遺族年金（ ）                                                |       |                     |    |         |         |             |
| 受給者以外の同居人 | 無・有                                                                                      | 氏 名   | 個人番号                | 続柄 | 生 年 月 日 |         |             |
|           |                                                                                          |       |                     |    |         |         |             |
|           |                                                                                          |       |                     |    |         |         |             |
| 入院状況      | 過去6か月以内に    1. 入院したことがある    2. 入院したことがない                                                 |       |                     |    |         |         |             |

福祉医療費申請（受給）に当たっての同意事項

- 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、課税状況、住民基本台帳、児童扶養手当、年金受給の状況を調査すること（マイナンバーによる情報連携を含む。）。
- 高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。
- 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。
- 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合、市の過払い相当額を市に返還すること。
- 保険者に対して、医療の給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市が確認すること。
- 申請者及び被保険者が岩国市ひとり親家庭等医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。

※ 受給者の健康保険被保険者証を提示してください。また上記1により収入の状況が公簿により確認できない場合は、収入の状況を記載した書類で市長が必要と認めるものを提示してください。

上記の同意事項に同意し、福祉医療費受給者証の交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

㊦

岩国市長 様

様式第 3 号（第11条関係）

福祉医療費支給申請書【ひとり親家庭等】

年 月 日

(宛先)

岩国市長 様

申請者 住 所 岩国市

氏 名

電話番号 ( ) —

次のとおり、領収書を添付の上、申請します。

|          |     |         |  |  |  |                                                                                      |       |  |  |
|----------|-----|---------|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|--|
| 受給者証記号番号 |     |         |  |  |  |                                                                                      |       |  |  |
| 受給者      | 住 所 |         |  |  |  |                                                                                      |       |  |  |
|          | 氏 名 |         |  |  |  | 生年月日                                                                                 | 年 月 日 |  |  |
| 診 療 区 分  |     | 年 月 診療分 |  |  |  | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 装具 |       |  |  |
| 医 療 機 関  |     |         |  |  |  |                                                                                      |       |  |  |

支払方法 1. 口座振替 2. 窓口払

|         |      |                |  |  |  |                       |      |      |       |
|---------|------|----------------|--|--|--|-----------------------|------|------|-------|
| 振 込 先   | 金融機関 | 銀行<br>金庫<br>農協 |  |  |  | 本店・支店<br>本所・支所<br>出張所 |      |      |       |
|         | 店番   |                |  |  |  |                       |      |      |       |
| 口 座 番 号 |      |                |  |  |  |                       | 1 普通 | 2 当座 | 3 その他 |
| 口座名義人   | カナ   |                |  |  |  |                       |      |      |       |
|         | 漢字   |                |  |  |  |                       |      |      |       |

振込口座は、保護者の名義のものに限ります。

|        |   |
|--------|---|
| 支給決定金額 | 円 |
|--------|---|