

我孫子市子ども医療費助成金（高校生等に係る医療費分）交付申請書（償還払い）

我孫子市長 あて

申請者 (保護者等)	フリガナ	住所	〒 我孫子市	日中連絡先
	氏名			

同意書

私は、子ども医療費の助成を受けるため、次の内容に同意します。

- 子ども医療費の助成審査に必要な所得情報を市職員が確認すること。ただし、市の保有する公簿等で確認できない場合については、市の指定する証明書等を提出すること。
- 子ども医療費の助成を受けた後に、高額療養費、付加給付金等の支給を受けた場合は、その旨を市長に申し出て、当該支給により生じた差額を返還すること。

子ども医療費助成金（高校生等に係る医療費分に限る。）の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

高校生等	フリガナ	住所	□申請者に同じ	生年月日
	氏名		我孫子市	年 月 日

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

申請する 医療費	年 月分				
	年 月分				

確認事項	同一年月の医療費の領収書原本を全て提出している。 はい・いいえ（同一年月の医療費は一度しか申請ができません。） ※受診者名、保険点数、受診日、負担割合、領収日、領収金額の記載があるものに限りです。 ※医療費の金額によって、健康保険組合発行の支給決定通知書の写しの提出を求める場合があります。
	今回の申請で21,000円以上の医療費の領収書がある。 はい（次のいずれかに○をつけてください。） ・ いいえ 同月に21,000円以上の医療費を受けた家族がいる ・ 同月の21,000円以上の医療費は今回申請分のみ
	学校管理下での負傷疾病である。 はい（ 年 月分、次のいずれかに○をつけてください。） ・ いいえ 学校での負傷 ・ 通学の負傷 ・ 学校での熱中症等の疾病 ・ 給食による食中毒等
	高校生等が学校等に在籍している場合は学年及び学校名 学年 年生 学校名

承諾書

私は、子ども医療費の助成額の算定に必要な限りにおいて、医療費の点数、高額療養費及び付加給付金の支給状況等を我孫子市が保険者及び医療機関に照会することを承諾します。

高校生等が加入している保険の被保険者 氏名 \_\_\_\_\_

### 1. 記入事項について

項目	記入内容
① 申請者	保護者等の氏名、住所、電話番号を記入してください。
② 高校生等	医療を受けた高校生等の氏名、住所、生年月日、受給者番号を記入してください。
③ 申請する医療費	申請する領収書の受診月を記入してください。同じ月に複数の病院等を受診した場合は、まとめて記入してください。同一年月に複数回領収書がある場合は、必ず1枚の申請書にまとめて提出してください。 例) 令和7年8月2日にA病院、令和7年8月12日B病院を受診→ 令和7年8月分
④ 確認事項	4つの項目すべてに回答してください(学校等に在籍していない場合は3つ)。
⑤ 承諾書	医療を受けた高校生等の加入している保険の被保険者が記入してください。

### 2. 添付書類(審査の過程で、①から④以外の書類の提出をお願いする場合があります。)

書類	説明
① 領収書原本	助成を受ける領収書の原本を <u>必ず添付</u> してください。 ※提出された書類は審査対象外や却下の場合を除いて返却しません。 ※治療用装具を作成した等の理由で健康保険組合に領収書原本を提出した場合のみ領収書の写しで申請ができます。
② 支給決定通知	治療用装具を作成した場合や高額療養費または付加給付金(21,000円以上の医療費を申請する際は必ず確認が必要となります。)が支給された場合は、添付してください。
③ 医師による診断書等の写し	治療用装具(補装具)を作成した場合は必ず添付してください。
④ 高校生等の保険資格証の写し	申請時点で有効の高校生等医療費助成受給券を発行されていない方は、受診時点で被保険者であることを証する書類(資格確認書等)の写しを添付してください。

### 3. その他

① 振込日	10月から12月申請分は2月下旬、1月から3月申請分は5月下旬、4月から6月申請分は8月下旬、7月から9月申請分は11月下旬にお振込みします。
-------	---